Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)

Este manual proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Wellcare Liberty Nurture (HMO D-SNP), es ofrecido por Superior Health Plan, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice "nosotros" "nos" o "nuestro", se refiere a Superior Health Plan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan" se refiere a Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en:

- español

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-877-935-8023. (Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 711). Nuestro horario es el siguiente: del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros al número que está en la contraportada de este folleto si necesita información en algún otro formato.

Los beneficios, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar como un

Aprobación de la OMB 0938-1051
(Vence: 29 de febrero de 2024)
TX2CNCEOC80795S_0010
H5294010000

H5294_CNC_79075S_C Aceptado por CMS

Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) hasta 2022 según una revisión del Modelo de Atención de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP).

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala’au le Member Services numera lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke walaʻau Hawaiʻi ʻoe, loaʻa ke kōkua ma ka unuhi ʻōlelo me ke kāki ʻole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hōʻike ʻia no kou mokuʻāina ma kēia ʻaoʻao aʻe.

Estamos a sólo una llamada de distancia

ARKANSAS
HMO, HMO D-SNP
1-855-565-9518
O visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA
HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP
1-800-977-7522
O visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA
HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO
1-800-275-4737
O visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA
HMO D-SNP
1-877-935-8022
O visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA
HMO
1-844-890-2326

HMO D-SNP
1-877-725-7748
O visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA
HMO, PPO
1-855-766-1541

HMO D-SNP
1-833-202-4704
O visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS
HMO, PPO
1-855-565-9519

HMO D-SNP
1-833-402-6707
O visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA
HMO
1-855-766-1572

HMO D-SNP
1-833-541-0767
O visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI
HMO
1-855-766-1452

HMO D-SNP
1-833-298-3361
O visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

HMO
1-844-786-7711

HMO D-SNP
1-833-260-4124
O visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

HMO, PPO
1-833-542-0693

HMO D-SNP, PPO D-SNP
1-833-853-0864
O visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

HMO, HMO C-SNP, PPO
1-833-854-4766

HMO D-SNP
1-833-717-0806
O visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

HMO, PPO
1-833-543-0246

HMO D-SNP
1-844-810-7965
O visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
1-800-247-1447
O visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

HMO, PPO
1-855-766-1851

HMO D-SNP
1-866-389-7690
O visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

HMO. PPO
1-833-853-0865

HMO D-SNP
1-833-853-0866
O visite www.wellcare.com/OK

OREGON

HMO, PPO
1-844-582-5177
O visite www.wellcare.com/healthnetOR

HMO D-SNP
1-844-867-1156
O visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

HMO, PPO
1-855-766-1456

HMO D-SNP
1-866-330-9368
O visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

HMO, HMO D-SNP
1-855-766-1497
O visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

HMO

1-844-796-6811

HMO D-SNP

1-877-935-8023

O visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

HMO D-SNP

1-877-935-8024

O visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

PPO

1-844-582-5177

O visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORAS DE ATENCIÓN

Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Evidencia de cobertura de 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 10

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 24

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 44

Explica las cosas importantes que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro del plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) 62

Le da detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y *no* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para D 118

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan* para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos recetados. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D 145

Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial*, *Etapa del período sin cobertura*, *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos.
También detalla los 6 niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

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 169

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea que le reembolsemos nuestra parte del costo para sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 177

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 189

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto.
- Explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 251

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales..... 261

Incluye avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes..... 268

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 11
Sección 1.1 Está inscrito en nuestro plan Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado ("Plan de necesidades especiales") 11
Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de *Evidencia de cobertura* ? 12
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 12

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 13
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 13
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 13
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 13
Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) 14
Sección 2.5 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 14

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 15
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y la atención cubiertos 15
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 15
Sección 3.3 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan* 17
Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la D"): informes con un resumen de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D 17

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) 18
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 18
Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 20

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 20
Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted 20

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 21
Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 21

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 21
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en nuestro plan Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado ("Plan de necesidades especiales")

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos 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).
- **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. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado ("Plan de necesidades especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Nuestro plan está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Debido a que usted recibe asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas con su costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Es posible que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas proporcione otros beneficios para usted al cubrir los servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Nuestro plan le ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda obtener los servicios de atención médica y la asistencia para el pago a los que tiene derecho.

Nuestro plan es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Este plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal

Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de *Evidencia de cobertura* ?

Este manual de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos recetados cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos recetados a su disposición como miembro de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Este manual de *Evidencia de cobertura* es parte del contrato que celebramos con usted sobre cómo Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*, 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 Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tiene tanto la Parte A y la Parte B de Medicare (Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- *y* -- vive en nuestra área geográfica de servicio (Sección 2.4 a continuación se describe nuestra área de servicio).
- -- *y* -- es ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos
- -- *y* -- cumple los requisitos especiales de elegibilidad como se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de 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). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener dentro de los 6 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (Capítulo 4, Sección 2.1 le indica sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período que se considera de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios proporcionados por hospitales para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, tratamiento de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos,

quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa siempre que sigan las pautas federales.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare plus (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).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos plus (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.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, nuestro plan se encuentra disponible solo 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 servicio incluye estos condados de Texas: Aransas, Armstrong, Atascosa, Bailey, Bandera, Bee, Bexar, Borden, Bosque, Briscoe, Brooks, Calhoun, Cameron, Castro, Cochran, Coke, Collin, Colorado, Comal, Crosby, Dallas, Denton, DeWitt, Dickens, Dimmit, Donley, Duval, El Paso, Erath, Fayette, Fisher, Floyd, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Grayson, Grimes, Guadalupe, Hale, Hamilton, Hidalgo, Hill, Hockley, Hunt, Irion, Jack, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kent, Kimble, Kleberg, La Salle, Lamb, Leon, Limestone, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, Maverick, McCulloch, McMullen, Medina, Mills, Mitchell, Navarro, Nolan, Nueces, Palo Pinto, Real, Refugio, Rockwall, San Patricio, San Saba, Shackelford, Somervell, Starr, Sterling, Swisher, Tarrant, Terry, Throckmorton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Webb, Willacy, Wilson, Zapata y Zavala.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare 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. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.5 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

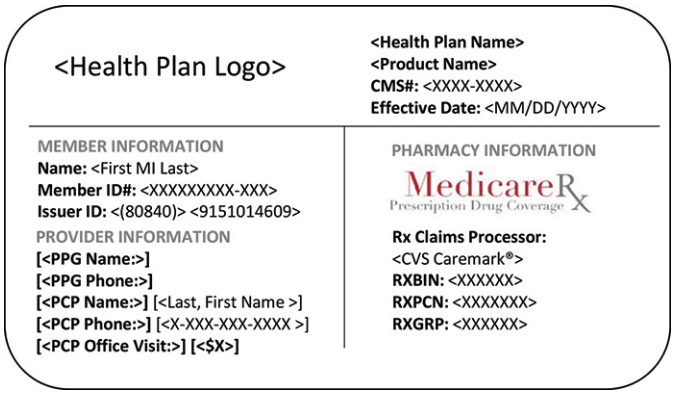
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a

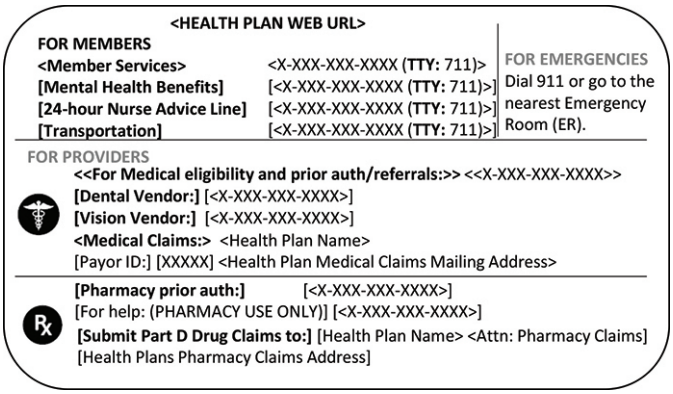
Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y la atención cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo será la suya:





NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de miembro de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) mientras sea miembro del plan, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de membresía del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de la red, los proveedores de equipo

médico duradero y las farmacias de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, los proveedores de equipo médico duradero, hospitales, y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Una asociación de médicos, incluidos los proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que contratan a una HMO para brindar servicios a los afiliados. Algunos grupos médicos tienen círculos de remisión formales, lo que significa que sus proveedores solo remiten a los pacientes a otros proveedores que pertenezcan al mismo grupo médico.

También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwelltx.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Los proveedores en Wellcare Dual Liberty Nurture(HMO D-SNP) están agrupados por Organizaciones de Médicos Locales (Local Physician Organizations, LPO), encabezadas por proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP). La elección de PCP del miembro determinará qué proveedores de LPO están en su red de referencia. Esto significa que el PCP que elige puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Vea Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Su Directorio de proveedores y farmacias identifica los proveedores de la red que aceptan Medicaid; sin embargo, usted no está restringido a usar solo proveedores de la red que acepten Medicaid para recibir servicios cubiertos.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En Servicios para Miembros, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.wellcare.com/allwellTX. Tanto Servicios para los miembros como el sitio web le dan la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestros planes.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hay cambios a nuestra red de farmacias para el año próximo. Encontrará la versión más actualizada del *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Para 2022, revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará qué farmacias de pedidos por correo 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 su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede llamar a Servicios para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de proveedores y farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.

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 recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

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. Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos del plan.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.wellcare.com/allwelltx) o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la D”): informes con un resumen de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de los medicamentos recetados de su

Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes que se utilizó el beneficio de la Parte D. Las Explicaciones de beneficios de la Parte D ofrecen más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le da más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra disponible a solicitud. Para obtener una copia, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Usted también tiene la opción de obtener su *Explicación de beneficios de la Parte D* electrónicamente a través de CVS Caremark. Las Explicaciones de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) son idénticas a las EOB de la Parte D en papel que se envían por correo. Se pueden consultar, descargar, imprimir y guardar por medio de un navegador en una computadora o un dispositivo móvil. Se envían correos electrónicos cuando las EOB de la Parte D están listas para consultarse. Si opta por recibir una EOB de la Parte D que no estén en papel, visite http://Caremark.com para registrarse. Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No tiene que pagar una prima mensual separada por nuestro plan.

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía de la Parte **de la Parte D** porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos recetados "acreditable". ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa D.

  - Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
  - Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados.
  - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos recetados o de la Parte D.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, 2 años antes, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se añadirá a la prima.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en Sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, así como tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta en la que le informará cuánto será ese monto adicional. Si tuvo un evento que cambió su vida y que hizo que sus ingresos bajaran, puede pedirle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si por ley usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, se le cancelará se cancelará.**
- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del *del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* incluye información sobre estas primas de Medicare en la sección titulada "2022 Medicare Costs" (Costos de Medicare de 2022). Todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia *del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia *del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE

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

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una 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.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluidos el proveedor de atención primaria/Asociación de Prácticas Independientes (IPA).

Una IPA es una asociación de médicos, incluidos los médicos de atención primaria (PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros.

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 medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido para usted**. 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 médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un centro de cuidados a domicilio
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal.

Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

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. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud 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 (End-Stage Renal Disease, ESRD):

  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud 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 de salud 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 ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de nuestro plan** (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros en el plan) **25**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **30**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare) **32**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) .. **33**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **34**

SECCIÓN 6 **Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas** (un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **35**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados** **37**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios** **41**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?** **42**

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros en el plan)

Cómo comunicarse con Servicios para los miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP). Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros : Información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, nuestro sistema automatizado podría contestar su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil. Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwelltx

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica

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. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Coverage Determinations Department - Medical 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
	7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-866-226-1093
ESCRIBA A	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre 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 presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de

Método	Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-866-388-1766
ESCRIBA A	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Teletipo (TTY)	711 Lasllamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Medicare Operations 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor, consulte Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* .

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	Medical Payment Requests: Member Reimbursement Dept P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640 Part D Payment Requests: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos 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 a cargo de 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	Medicare: información de contacto
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.
Teletipo (TTY)	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos 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: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una *estimación* de lo que podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus

Método	Medicare: información de contacto
	quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, entonces la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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 teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarle a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) también pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**" (Formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Números de teléfono y sitios web)
- Ahora tiene varias opciones

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Opción 1: Puede hablar en un **chat en vivo**
- Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los "**TOPICS (TEMAS)**" en el menú en la parte inferior
- Opción 3: Puede seleccionar su **STATE (ESTADO)** en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estadística.

Método	información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) de Texas (SHIP de Texas): Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240 8 a.m. - 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
Teletipo (TTY)	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Brown-Heatly Building, 4900 N Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

En cada estado hay designada una Organización para la mejora de la calidad que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO - Organización de mejora de la calidad de Texas (Texas's Quality Improvement Organization).

KEPRO - Organización para la mejora de la calidad de Texas tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO - Organización para la mejora de la calidad de Texas es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO, la Organización para la mejora de la calidad de Texas en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención que recibió.
- Considera que la cobertura para su estadía hospitalaria termina demasiado pronto.
- Considera que su cobertura de servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	KEPRO - Organización para la mejora de la calidad de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 de 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; de 11 a.m. a 3 p.m. hora local, los fines de semana y feriados
Teletipo (TTY)	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.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 enfermedad renal 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 se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
Teletipo (TTY)	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Como miembro de nuestro plan, usted es elegible tanto para Medicare y 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.

Además, hay programas que se ofrecen a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare plus (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).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos plus (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.

Para ser miembro de este plan, usted debe ser doblemente elegible para Medicare y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, y cumplir todos los otros requisitos de elegibilidad del plan al momento de la inscripción. Si tiene preguntas acerca de la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-512-424-6500 de 8 a.m. a 5 p.m. hora del centro, de lunes a viernes
Teletipo (TTY)	1-512-424-6597 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services 4900 N. Lamar Blvd., Brown-Heatly Building Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

La oficina del defensor (Ombudsman) de Texas ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Puede ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Método	La oficina del defensor de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-877-787-8999 8 a.m. - 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
Teletipo (TTY)	711
ESCRIBA A	HHS Office of the Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/hhs-office-ombudsman

La Oficina del defensor de asuntos de cuidado a largo plazo del estado ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidado y a resolver problemas entre los centros de cuidado y los residentes o sus familias.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo de los centros de atención a largo plazo del Estado (Office of the State Long-Term Care Ombudsman)
LLAME AL	1-800-252-2412 8 a.m. - 5 p.m., hora local, de lunes a viernes

Método	Oficina del Defensor del Pueblo de los centros de atención a largo plazo del Estado (Office of the State Long-Term Care Ombudsman)
ESCRIBA A	Office of the Texas Long-term Care Ombudsman Health and Human Services 701 W 51st St Austin, Texas 78751
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/index.cfm

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta "Ayuda adicional".

Si tiene preguntas tiene preguntas acerca de la “Ayuda adicional”, llame al:

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

Si considera que está pagando un costo compartido incorrecto cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Llame a Servicios para los miembros al número que figura en la contraportada de este folleto y comunique al representante que usted considera que califica para obtener "Ayuda adicional". Es posible que se requiera que usted presente alguno de los siguientes tipos de documentación (Mejor evidencia disponible):
  - Una copia de la tarjeta de beneficiario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior
  - Una copia de algún documento del Estado que confirme el estado activo en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas durante un mes después de junio del año calendario

anterior

- Un documento impreso del expediente de inscripción electrónica del Estado que indique el estado ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla del sistema de Medicaid del Estado que indique el estado ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Alguna otra documentación proporcionada por el Estado que indique el estado ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que indique que la persona recibe Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI)
- Una solicitud presentada por quien se considera elegible en la que se confirme que el beneficiario "...es automáticamente elegible para recibir ayuda adicional..." (publicación de la SSA HI 03094.605)

Si usted está internado, y cree que califica para costos compartidos de cero, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de este folleto y comunique al representante que usted considera que califica para obtener "Ayuda adicional". Es posible que se requiera que usted presente alguno de los siguientes tipos de documentación:

- Una remisión del establecimiento en la que se indique el pago de Medicaid hecho en nombre de usted al establecimiento por un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una copia de un documento del Estado que confirme el pago de Medicaid hecho en nombre de usted al establecimiento por un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior; o
- Un documento impreso que muestre la pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado en donde se indique su estado de internado con base en una estancia por un mes calendario completo con fines de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

- Si usted no puede proporcionar la documentación descrita antes, y usted cree que podría calificar para recibir ayuda adicional, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de este folleto y un representante le ayudará.
- 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 recetado 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 Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El descuento del 70% y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El ADAP (AIDS Drug Assistance Program: programa de asistencia de medicamentos para el SIDA) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. La Parte B de Medicare D de Medicare que también estén cubiertos por el Programa de medicamentos para el SIDA (ADAP) califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados.

El Programa de medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) es el ADAP de su estado.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso tener un comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario de Programa de medicamentos para el SIDA (ADAP). Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare.

La información de contacto del Programa de medicamentos para el VIH de Texas (THMP) se incluye abajo.

Método	Programa de medicamentos para el VIH de Texas (THMP): Información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090 8 a.m. - 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
Teletipo (TTY)	711
ESCRIBA A	DSHS HIV/STD Program P.O. Box 149347, MC 1873

Método	Programa de medicamentos para el VIH de Texas (THMP): Información de contacto
	Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de medicamentos para el VIH de Texas (THMP) en la información de contacto anterior.

¿Qué sucede si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados?
¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus costos de medicamentos recetados del plan. Si recibe "Ayuda adicional," el programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare no le aplica a usted. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos recetados durante la Etapa del período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar la próxima *Explicación de beneficios de la Parte D* (La "EOB de la Parte D"). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (los números de teléfono se encuentran en Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de la necesidad económica, la edad, la afección médica o las discapacidades. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa de atención médica renal de Texas (Texas Kidney Health Care Program, KHC).

Método	Programa de atención médica renal de Texas (KHC): información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986 1-512-776-7150 8 a.m. - 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
Teletipo (TTY)	711
ESCRIBA A	Kidney Health Care MC 1938, P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, 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 presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
Teletipo (TTY)	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
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 del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud o las primas de su empleador (o de su cónyuge) o de jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; teletipo (TTY): 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan o períodos de inscripción para hacer un cambio.

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

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. 46

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 46

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan 46

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios. 47

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención. 47

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin aprobación por anticipado de su PCP? 49

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 50

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red 51

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante un desastre 51

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 51

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia 53

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 54

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de los servicios cubiertos? 54

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos 54

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? 55

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un "estudio de investigación clínica"? 55

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 55

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 56

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución de atención médica religiosa no médica" 57

Sección 6.1 ¿Qué es una institución de atención médica religiosa no médica? 57

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución de atención médica religiosa no médica 57

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero. 58

Sección 7.1 ¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan? 58

SECCIÓN 8 Reglas para equipo y suministros de oxígeno, y mantenimiento.....59
Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 59
Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 59
Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja el plan y regresa a Original Medicare? 59

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.

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

Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, use la Tabla de beneficios médicos en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto*).

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

Aquí hay algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener atención y servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.

- **Los "proveedores"** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para proporcionar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los "proveedores de la red"** son médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le dan. Cuando usted ve a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Los "servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de aquellos cubiertos por Original Medicare. Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) por servicios cubiertos en virtud del plan.

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica, siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este capítulo está en Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa

que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red, que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte Sección 2.1 este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que pueda usar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina darle una "remisión". Para obtener más información sobre esto, consulte Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no se necesitan para atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de parte de un proveedor** de la red (para obtener más información sobre esto, consulte Sección 2 este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red del plan) no estará cubierta. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto, y para ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, vea Sección 3 en este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores en la red no pueden proporcionarle esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red (se necesita autorización previa). En esta situación, cubriremos estos servicios siempre que reciba la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte Sección 2.4 en este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmemte fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios.

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención.

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir primero un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en la atención, proporciona y coordina su atención. Su PCP es un profesional de atención médica que cumple los requisitos del estado y está capacitado para darle su atención médica básica. Esto incluye médicos especializados en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Un enfermero profesional (NP), un enfermero registrado con licencia del estado con capacitación

especial, que proporciona un nivel básico de atención médica, o un asistente médico (PA), con credenciales como PCP, que proporciona servicios en un establecimiento de atención primaria, también puede actuar como su PCP.

Usted recibirá la mayoría de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también ayudará a hacer los arreglos o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- salud conductual,
- radiografías,
- análisis de laboratorio,
- terapias,
- atención de médicos que son especialistas,
- internación en un hospital, y
- atención de seguimiento.

La "coordinación" de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Para determinados tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación por anticipado). Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe hacer que se envíen todos sus registros médicos al consultorio de su PCP. Generalmente verá a su PCP primero, para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Le recomendamos que tenga un PCP que coordine toda su atención. Consulte la Sección 2.3 en este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor que lo vea, deberá obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte para determinados tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este folleto para ver los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico después del horario regular de atención, llame al consultorio del médico y se le dirigirá directamente a su médico, una máquina contestadora con instrucciones sobre dónde obtener servicios o a otro médico que proporcione cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

¿Cómo elige a su PCP?

Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwelltx y seleccione un PCP de nuestra red del plan. Servicios para Miembros también puede ayudarle a elegir un PCP. Una vez que ha elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su elección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Si hay un especialista u hospital particular del plan que desea usar, verifique primero para asegurarse de que el especialista u hospital están en la red del PCP.

Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible con este plan, automáticamente le asignaremos

un PCP.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. En determinadas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar la atención después de dejar nuestra red. Para conocer detalles específicos, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para los miembros. Cada PCP del plan puede hacer remisiones a determinados especialistas del plan y usar determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que elige puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas y hospitales específicos que desee usar, averigüe si su PCP del plan usa esos especialistas u hospitales.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto. Este cambio entrará en vigor el primer día del siguiente mes. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usa un PCP que no sea el PCP al que está asignado, puede incurrir en un costo compartido más alto o sus reclamos podrían denegarse.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin aprobación por anticipado de su PCP?

Puede recibir los servicios incluidos abajo sin obtener aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19 y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o accesibles temporalmente, es decir, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan
- 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 a Servicios para los miembros antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos brindan atención a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos brindan atención a pacientes con condiciones del corazón
- Los ortopedistas brindan atención a pacientes con determinadas condiciones de los huesos, articulaciones o músculos

Para ver a un especialista, generalmente necesitará obtener primero aprobación de su PCP. Esto se denomina obtener una "remisión" para un especialista. Es muy importante obtener una remisión de su PCP antes de ver a un especialista del plan o a determinados proveedores. Hay algunas excepciones, incluyendo atención médica de rutina para mujeres, como se explicó en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión antes de obtener servicios de un especialista o de otros proveedores determinados, podría tener que pagar por estos servicios usted mismo.

Si el especialista desea que usted vuelva para recibir atención adicional, verifique primero para asegurarse de que la remisión que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubre consultas adicionales al especialista o a determinados proveedores.

Algunos tipos de servicios requerirán que obtenga aprobación por anticipado de nuestro plan. Esto se denomina obtener "autorización previa". Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitará la autorización a nuestro plan. La solicitud se revisará y la decisión (determinación de la organización) se enviará a usted y su proveedor. Vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1 de este folleto, para conocer los servicios específicos que requieren autorización previa.

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

Podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Hay algunos motivos por los que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista dejan el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores podría cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para darle un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor está dejando nuestro plan, para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos para seleccionar un nuevo proveedor cualificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en un tratamiento en curso, tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizarlo,

que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

- Si considera que no le hemos dado un proveedor cualificado para reemplazas su proveedor anterior o que la atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Si necesita atención porque un especialista o proveedor de la red está dejando nuestro plan, llame a Servicios para los miembros al número que figura en la contraportada de este folleto.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede proporcionarle esta atención, es posible que pueda obtener atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible y comunicarse con el plan para solicitar autorización para que usted obtenga servicios de un proveedor fuera de la red. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red emitirá una autorización para proporcionar el servicio.

Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal en etapa terminar (ESRD) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de la red. Los servicios de ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo 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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero una aprobación o remisión de su PCP.

- **Lo antes posible, asegúrese de que se le informe a nuestro plan de su emergencia.** Debemos hacer seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. El número de teléfono de Servicios para los miembros figura en la contraportada de este folleto.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) incluye cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencia por cualquier otro medio pondría en peligro su salud. Para obtener más información, vea la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Sin embargo, Medicare no cubre atención de emergencia fuera de los Estados Unidos.

- Usted tiene cobertura para hasta $50,000 cuando viaja fuera de Estados Unidos en virtud de su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los costos que excedan este monto *no* estará cubierto.
- El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados mientras estaba fuera de Estados Unidos no están cubiertos. Además, los costos compartidos de la sala de emergencia se aplican si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
- Comuníquese con nosotros en un plazo de 48 horas, si es posible, para informarnos de su consulta a la sala de emergencia.

Para obtener más información, vea “Atención de emergencia y servicios de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 de este folleto o llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudar a administrar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y la atención de emergencia termina.

Después de que la emergencia termine, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurar que su afección continúe estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan. Cualquier atención de seguimiento de un proveedor fuera de la red después de que su emergencia termine requerirá autorización del plan para continuar con la atención.

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

Algunas veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir por atención de emergencia, creyendo que su salud está en grave peligro, y el médico podría decirle que no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su

salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – *o* – La atención adicional que recibe se considera "atención de urgencia" y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, vea Sección 3.2 que se encuentra a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" son para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote de una afección conocida que usted tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté de nuevo disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor de la red.

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Se le podría dirigir a obtener atención de urgencia en un centro de atención de urgencia. Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwelltx. Si los servicios de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, usted pagará el copago por la consulta en el consultorio; sin embargo, si los servicios de urgencia se reciben en un centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa, usted pagará el copago del centro de atención de urgencia, que puede ser diferente. Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) para conocer el copago que aplica a servicios proporcionados en el consultorio del médico o el centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa.

También puede comunicarse con la Línea de ayuda de enfermería en cualquier momento. Un enfermero profesional está en línea para brindarle respuestas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información con respecto a la Línea de ayuda de enfermería, consulte la categoría de beneficios de los Programas educativos de salud y bienestar en el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*) o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Medicare no cubre atención de emergencia fuera de los Estados Unidos. Sin embargo, nuestro plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Usted tiene cobertura para hasta $50,000 cuando viaja fuera de Estados Unidos en virtud de su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los costos que excedan este monto *no* estará cubierto.
- El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados mientras estaba fuera de Estados Unidos *no* están cubiertos. Además, los costos compartidos de la sala de emergencia *no* se eximen si lo ingresan para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
- Comuníquese con nosotros en un plazo de 48 horas, si es posible, para informarnos de su consulta a la sala de emergencia

Para obtener más información, vea “Atención de emergencia y servicios de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 de este folleto o llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declaran un desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.wellcare.com/allwellTX para obtener información sobre cómo recibir atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, podría surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte Capítulo 5, Sección 2.5 .

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

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted*

recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener más información sobre qué hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Estos servicios figuran en la Tabla de beneficios del plan (esa tabla está en Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen de manera consistente con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados. Antes de pagar por el costo de los servicios, debe verificar para ver si el servicio está cubierto por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier servicio médico o atención que esté considerando, tiene derecho a pedirnos que lo cubramos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos el servicio, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o quiere apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficio, puede pagar el costo completo de cualquier servicio que reciba después de que haya utilizado por completo su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que paga por los costos una vez que el límite de beneficio se ha alcanzado no contará para el máximo de desembolso directo. Por ejemplo, podría tener que pagar el costo completo de cualquier atención de un centro de enfermería especializada que reciba después de que nuestro pago del plan alcance el límite de beneficio. Una vez que haya agotado su límite de beneficios, los pagos adicionales que haga por el servicio no cuentan para su máximo anual de costos que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuándo de su límite de beneficio ya ha usado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo cuán bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos pidiendo a voluntarios que ayuden con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Medicare tiene que aprobar primero el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla los requisitos del estudio *y* entienda y acepte completamente qué está involucrado si usted participa en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación de nosotros ni de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar en la red de proveedores del plan.

A pesar de que no necesita obtener el permiso del plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los miembros (el número de teléfono figura en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un estudio de investigación clínica y para averiguar detalles más específicos sobre qué pagará el plan.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- La habitación y las comidas por la estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención

Original Medicare paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como para todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba del estudio de investigación clínica.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted debe enviar una solicitud para el pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de resúmenes de Medicare u otro documento que muestre qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagaremos por nada de lo siguiente**:

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* está en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le da a usted o cualquier participante de manera gratuita
- 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 pagaría por tomografías computarizadas mensuales hechas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución de atención médica religiosa no médica"

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

Una institución de atención médica religiosa no médica es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura en una institución de atención médica religiosa no médica. Puede elegir buscar atención en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona únicamente para servicios como paciente internado de la Parte A (servicios de atención médica no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

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

Para recibir atención de una institución de atención médica religiosa no médica, debe firmar un documento legal que indique que se opone de manera consciente a obtener tratamiento médico que es "no exceptuado".

- La atención o tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que es *voluntaria* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es

voluntario ni *exigido* por una ley federal, estatal o local.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que recibe de una institución de atención médica religiosa no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura o servicios que recibe de nuestro plan se limita a *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, aplican las siguientes condiciones:
  - Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria como paciente internado o atención de un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – Debe recibir aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo ingresen al centro, o su estadía no estará cubierta.

Su estadía en una institución de atención médica religiosa no médica no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga autorización (aprobación) por anticipado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención como paciente internado o en un centro de enfermería especializada que de otra manera recibiría. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre el costo compartido y las limitaciones para la cobertura como paciente internado en un hospital y de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero.

Sección 7.1 ¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, bastones, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de equipo médico duradero (DME) que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, también hay determinados tipos de equipo médico duradero que usted poseerá después de pagar copagos por el artículo por una cantidad específica de meses. Sus pagos previos cuentan para un artículo de equipo médico duradero cuando tuvo Original Medicare y no se contaron sus pagos que hizo mientras era miembro de nuestro plan. Si adquiere la propiedad de un equipo médico duradero mientras es miembro de nuestro plan, y el equipo requiere mantenimiento, entonces el proveedor tiene permitido facturar al plan por el costo de la reparación. También hay determinados tipos de equipo médico duradero para el cual no adquirirá la propiedad sin importar cuántos pagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto)

para conocer los requisitos de propiedad o alquiler de equipo médico duradero y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para esos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos previos tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipo y suministros de oxígeno, y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para cobertura para equipo de oxígeno, entonces, mientras esté inscrito, Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) cubrirá:

- El alquiler del equipo de oxígeno
- El envío del oxígeno y los contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para el envío de oxígeno y contenidos de oxígeno
- El mantenimiento y la reparación del equipo de oxígeno

Si deja Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) o ya no necesita un equipo de oxígeno por razones médicas, entonces el equipo de oxígeno se debe devolver al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es un copago de $0 cada mes.

Si antes de inscribirse en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) hizo pagos por 36 meses para alquiler de equipo de oxígeno, su costo compartido en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) es un copago de $0.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja el plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si hizo pagos por el alquiler de equipo de oxígeno por 36 meses antes de unirse a Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), se une a nuestro plan por 12 meses, y después regresa a

Original Medicare, usted pagará el costo compartido completo por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si hizo pagos por 36 meses mientras estuvo inscrito en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) y luego regresa a Original Medicare, usted paga el costo compartido completo por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que es cubierto)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos 63
Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos 63
Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 63

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué se cubre por usted .. 63
Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan 63

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan? 112
Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan 112

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 112
Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones) 112

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos. Esto incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para algunos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que recibe asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, usted no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan para recibir su atención. (Consulte Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para obtener su atención).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, pocos miembros llegan a este monto máximo que se paga de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ninguno de los costos de bolsillo que se aplican al monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un Medicare Advantage Plan, no hay un límite en cuánto debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, abajo). Este límite se denomina monto máximo de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, lo máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare en 2022 es $3,450. Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de su bolsillo de $3,450, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas u otro tercero por usted).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué se cubre por usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre nuestro plan. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los

siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser proporcionados de acuerdo a los lineamientos establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros y equipo) *debe* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. Capítulo 3 proporciona información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación por anticipado antes de que pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se denomina darle una "remisión". Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos *solamente* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por anticipado (algunas veces esto se denomina "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con letra cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por servicios de Medicare. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo.
- Como todos los planes de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su *del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* . Véalo en línea en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura en virtud de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, ni Medicare ni nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted está dentro del período de seis meses de elegibilidad continua considerada, continuaremos proporcionando todos los beneficios del plan Medicare Advantage cubiertos por Medicare. Sin embargo, durante este período, el plan Medicare Advantage no es responsable por la cobertura de

ningún beneficio de Medicaid que esté incluido en virtud de su Plan de Medicaid del estado. Los montos del costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. El monto depende del nivel de beneficios de Medicaid que usted tenga.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla con los requisitos descritos anteriormente.

Información importante de los beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
  - Dependencia crónica al alcohol y otras drogas;
  - Los trastornos autoinmunes se limitan a:
    - Poliarteritis nodosa,
    - Polimialgia reumática,
    - Polimiositis,
    - Artritis reumatoide, y
    - Lupus eritematoso sistémico;
  - Cáncer, excluyendo afecciones precancerosas o el estado in situ;
  - Los trastornos cardiovasculares se limitan a:
    - Arritmias cardíacas,
    - Enfermedad de las arterias coronarias,
    - Enfermedad vascular periférica, y
    - Trastorno tromboembólico venoso crónico;
  - Insuficiencia cardíaca crónica;
  - Demencia;
  - Diabetes mellitus;
  - Enfermedad hepática en etapa terminal;
  - Enfermedad renal en etapa (End-stage renal disease, ESRD) que requiere diálisis;
  - Los trastornos hematológicos graves se limitan a:
    - Anemia aplásica,
    - Hemofilia,
    - Púrpura trombocitopénica inmune,
    - Síndrome mielodisplásico,
    - Enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo drepanocítico), y

        - Trastorno tromboembólico venoso crónico;
    - VIH/SIDA;
    - Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a:
        - Asma,
        - Bronquitis crónica,
        - Enfisema,
        - Fibrosis pulmonar, e
        - Hipertensión pulmonar;
    - Las afecciones de salud mental crónicas y incapacitantes se limitan a:
        - Trastornos bipolares,
        - Trastornos depresivos mayores,
        - Trastorno paranoico,
        - Esquizofrenia, y
        - Trastorno esquizoafectivo;
    - Los trastornos neurológicos se limitan a:
        - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA),
        - Epilepsia,
        - Parálisis generalizada (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia),
        - Enfermedad de Huntington,
        - Esclerosis múltiple,
        - Enfermedad de Parkinson,
        - Polineuropatía,
        - Estenosis espinal, y
        - Déficit neurológico relacionado con un accidente cerebrovascular; y
    - Accidente cerebrovascular.
    - Es posible que se requiera una revisión por parte de un administrador de la atención para determinar a qué beneficios es elegible. Comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto para obtener ayuda.
- Todos los beneficiarios de SSBCI deben:
    - Tener una o más afecciones crónicas que ponen en peligro la vida o limitan significativamente la salud o la función.
    - Estar en alto riesgo de hospitalización (criterios clínicos).
    - Necesitar coordinación de cuidados intensivos (administración de la atención).
    - Si cumple con determinados criterios clínicos y está bajo administración de la atención para una afección crónica que califica, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales

para personas con enfermedades crónicas.

- Vaya a la fila “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el Resumen de beneficios del plan para obtener una lista completa de beneficios cubiertos por Medicaid. Si no recibió un Resumen de beneficios, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este cuadernillo) y pídales que le envíen una copia. Su costo compartido por los servicios cubiertos por Medicaid, si los hubiera, se calcularán en función de su nivel de elegibilidad de Medicaid.	
Prueba de detección de aneurisma de aorta abdominal Un ultrasonido de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y si recibe una remisión para este de su médico, asistente médico, enfermero profesional o enfermero especialista clínico.	No hay coseguro, copago o deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubre hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquél que: • Tiene una duración de 12 semanas o más; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.	$0 de copago por cada consulta al consultorio del PCP cubierta por Medicare. $0 de copago para la acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. $0 de copago para la acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros profesionales (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNSS) (como se identifica en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de acreditación en acupuntura y medicina oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe ser bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo exigido por nuestras reglas en el Título 42 del CFR, §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria hasta el centro adecuado más cercano que puede prestar atención solamente si se proporcionan a un miembro cuya afecciones médicas es tal que otro medio de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza.	$0 de copago por viaje de ida por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa por transporte en aeronave de ala fija y transporte que no sea de emergencia.* El costo compartido no se cancela si es admitido para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.
• El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la	$0 de copago por viaje de ida por servicios de ambulancia

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	aérea cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa por transporte en aeronave de ala fija y transporte que no sea de emergencia.* El costo compartido no se cancela si es admitido para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.
Consulta de bienestar 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 cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta de bienestar anual no puede tener lugar dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de bienestar anual.
Medida de la masa ósea En las personas que califican (en general, esto significa personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, para detectar la pérdida de masa ósea o para determinar la calidad del hueso, incluida una interpretación de los resultados por parte del médico.	No hay coseguro, copago o deducible para medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres	No se requiere coseguro, copago o deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
de 40 años o más. • Examen clínico de las mamas cada 24 meses	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca que son típicamente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.
Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablarle sobre el uso de la aspirina (si es adecuado), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurar una buena alimentación.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
Prueba de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago o deducible para prueba de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	$0 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Evaluación colorrectal basada en ADN cada 3 años. Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopía de detección	No hay coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.
• Servicios de enema de bario cubiertos por Medicare	$0 de copago por servicios de enema de bario cubiertos por Medicare.
Servicios dentales En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:	
• Atención dental cubierta por Medicare (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos	Servicios cubiertos por Medicare $0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	*Se puede requerir autorización previa.*
	Servicios adicionales
• Atención dental preventiva (los servicios cubiertos incluyen lo siguiente).	Servicios dentales preventivos
○ Exámenes orales: 2 cada año	$0 de copago por cada examen oral.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Limpiezas (profilaxis): 2 cada año	$0 de copago por cada limpieza.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Tratamiento con fluoruro: 1 cada año	$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Radiografías dentales: 1 conjunto cada 1 a 3 años	$0 de copago por radiografías dentales por visita.* *Se puede requerir autorización previa.*
• Cuidados dentales integrales (Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente):	Servicios dentales integrales
○ Servicios que no son de rutina: 1 por día por 60 meses	$0 de copago por cada servicio que no sea de rutina.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Servicios de diagnóstico: 1 cada año	$0 de copago por cada servicio de diagnóstico.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Servicios de restauración: 1 cada 12 a 84 meses	$0 de copago por cada servicio de restauración.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Endodoncia: 1 por diente	$0 de copago por cada servicio de endodoncia.* *Se puede requerir autorización*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	previa.
○ Periodoncia: 1 cada 6 a 36 meses	$0 de copago por cada servicio de periodoncia.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Extracciones: 1 por diente	$0 de copago por cada extracción.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Prostodoncia, incluidas las dentaduras postizas : 1 cada 12 a 84 meses	$0 de copago por cada servicio de prostodoncia.* *Se puede requerir autorización previa.*
○ Cirugía oral/maxilofacial : 1 cada 12 a 60 meses o de por vida	$0 de copago por cada servicio maxilofacial oral. * *Se puede requerir autorización previa.*
○ Otros servicios : 1 por códigos que no sean implantes cada 6 a 60 meses, implantes una vez de por vida, coronas de implantes una vez cada 84 meses	$0 de copago por otros servicios.* *Se puede requerir autorización previa.*
Aplican limitaciones y exclusiones. Antes de obtener servicios, a los miembros se les aconseja que discutan sus opciones de tratamiento con un proveedor participante de servicios dentales de rutina. El tratamiento debe comenzar y completarse mientras tiene cobertura del plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro. **Los servicios dentales complementarios (es decir, no cubiertos por Medicare) deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo, una lista detallada de procedimientos cubiertos o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-935-8023 (Teletipo TTY: 711) o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.** Nota: La cobertura de los servicios dentales de rutina es un beneficio complementario que el plan ofrece. Ni Medicare ni Medicaid pagarán la parte del costo de estos servicios que le corresponde a usted. Los miembros también inscritos en Medicaid pueden ser elegibles	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
para cobertura secundaria de estos servicios dentales complementarios por el estado. Antes de obtener servicios dentales, pregunte al proveedor si puede facturar a Medicaid como pagador secundario. Asegúrese de mostrar al proveedor su tarjeta de identificación de miembro.	
Prueba de detección de depresión. Cubrimos una prueba de detección por año. El examen debe realizarse en un entorno de atención primaria que ofrezca la posibilidad de realizar un tratamiento de seguimiento y remisiones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta detección (incluye pruebas de glucosa en ayuno) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales, obesidad o antecedentes de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Con base en los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago o deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar su azúcar en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras de prueba de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras y monitores de prueba.	$0 de copago por suministros para controlar la diabetes cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Para personas con diabetes que tengan enfermedad del 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	$0 de copago por zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. Los productos OneTouch™ por Lifescan son nuestros suministros de pruebas para diabéticos preferidos (monitores de glucosa y tiras de prueba). Para obtener más información sobre estos artículos que están en la lista de suministros de pruebas para diabéticos preferidos, comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto. Si usa suministros de prueba para diabetes que no son preferidos por el plan, hable con su proveedor para obtener una nueva receta o solicitar autorización previa para un monitor de glucosa en sangre y tiras de pruebas no preferidos.	$0 de copago por capacitación en el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: 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 de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero (DME) médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro vendedor en su área no trabaja con una marca o fabricante particular, puede pedirles que hagan una orden especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwelltx.	$0 de copago por equipo médico duradero cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Proporcionados por un proveedor cualificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.	$0 de copago por consultas a la sala de emergencia cubiertas por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su condición de emergencia se

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. Los servicios de emergencia fuera de Estados Unidos están cubiertos.	estabilizó, debe volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. $120 de copago por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.* El costo compartido de la sala de emergencia en todo el mundo no se exime si lo ingresan para recibir atención hospitalaria como paciente internado. Usted tiene cobertura para hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Beneficio de tarjeta Flex Card Nuestro plan ofrece una tarjeta de débito prepagada Visa con un límite anual combinado de $1,000 para ayudarle a reducir sus gastos de bolsillo para servicios dentales, de la vista y de la audición. Un máximo de $250 puede utilizarse en un proveedor de la vista para servicios y gastos relacionados con la vista. Sus dólares para beneficios restantes pueden gastarse entre los servicios dentales y de la audición, como usted lo considere oportuno. Cualquier monto en dólares de beneficios no usado vencerá al final del año. Este beneficio no es un reemplazo de los beneficios dentales, de la vista o la audición, y está diseñado para ayudarle a compensar determinados gastos, y no cubrirá procedimientos estéticos o gastos. La tarjeta Flex Card solo es para uso personal, no se puede vender o transferir, y no tiene valor en efectivo. Un reembolso está disponible en caso de un evento en que falle la tarjeta, o para usarla en proveedores elegibles que no acepten Visa. Puede presentar un formulario de reclamo para reembolso junto con el recibo impreso, detallado, de la ubicación del proveedor. Los	$0 de copago*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
reclamos se deben presentar dentro de 90 días a partir de la fecha de la compra que figura en su recibo. Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwellTX.	
Programas educativos de salud y bienestar	
Kit de prevención de caídas: Puede solicitar 1 kit por año con artículos que reducen el riesgo de caídas en su hogar. Los artículos incluyen bibliografía, una alfombra de goma para el baño, luces nocturnas, medias antideslizantes y marcas de seguridad para la bañera y las escaleras.	$0 de copago por un kit de prevención de caídas.*
Línea de ayuda de enfermería Asesoramiento telefónico gratuito y de enfermería de clínicos capacitados. La Línea de ayuda de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda con preguntas relacionadas con la salud. Puede comunicarse con la Línea de ayuda de enfermería al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro, o llamando a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para pedir que lo transfieran con la Línea de ayuda de enfermería.	$0 de copago por la Línea de ayuda de enfermería.*
Beneficio de acondicionamiento físico: Nuestro plan cubre una membresía para ayudar a apoyar un estilo de vida activo y saludable. Como miembro de acondicionamiento físico, tiene acceso a lo siguiente sin costo: • Membresía para centro de acondicionamiento físico: elija entre centros de acondicionamiento físico en persona que participan en el programa de acondicionamiento físico • Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Si no puede visitar un centro de acondicionamiento físico o prefiere trabajar fuera de casa, puede elegir de una variedad de Kits de	$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
acondicionamiento físico en el hogar, incluyendo un rastreador de actividad Fitbit o Garmin. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficio. • Programa de acondicionamiento físico digital: Elija entre más de 8,000 videos de entrenamiento físico a demanda a través de la biblioteca digital. Para obtener más información sobre el beneficio de acondicionamiento físico, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwellTX.	
Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal emergency response system, PERS) Cobertura por un dispositivo personal de respuesta a emergencias médicas de por vida y la tarifa mensual. Un dispositivo personal de respuesta a emergencias brinda tranquilidad y una respuesta las 24 horas del día, los 7 días de la semana a sus necesidades, tanto en situaciones de emergencia como de no emergencia. Los miembros pueden elegir el sistema PERS de conexión alámbrica tradicional que se conecta a través de una línea fija o seleccionar un sistema inalámbrico. Se necesita un teléfono de línea fija para los sistemas de conexión alámbrica. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto)	$0 de copago por sistema personal de respuesta a emergencias (PERS): sistema de alerta médica.*
Servicios de audición Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico proporcionadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para paciente externo cuando lo proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada examen de la audición cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de la audición complementarios (de rutina):	Servicios de audición complementarios (de rutina):
• 1 examen de la audición de rutina por año.	$0 de copago por 1 examen de la audición de rutina cada año.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• 1 evaluación y ajuste de audífono por año. • 1 audífono no implantable por oído, por año, hasta un máximo de $3,000. El beneficio incluye una garantía estándar de 1 año y 1 paquete de baterías. Nota: Los servicios de audición de rutina deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Cualquier costo por encima de $3,000 es su responsabilidad, audífonos adicionales no están cubiertos. Para obtener más información sobre la información de contacto y los beneficios de su proveedor de la audición, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están enumerados en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwellTX. Nota: La cobertura de los servicios de audición de rutina es un beneficio complementario que el plan ofrece. Ni Medicare ni Medicaid pagarán la parte del costo de estos servicios que le corresponde a usted.	*Se puede requerir autorización previa.* $0 de copago por una evaluación y ajuste de audífono por año.* *Se puede requerir autorización previa.* $0 de copago por 2 audífonos por año.* *Se puede requerir autorización previa.*
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coseguro, copago o deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que necesita los servicios atención médica a domicilio y ordenar que los preste una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	$0 de copago por cada servicio de una agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (se cubren bajo el beneficio de atención médica a domicilio; el total de servicios de enfermería especializada y asistente de atención médica a domicilio combinados debe ser menor de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a un individuo en el domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, 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 • La formación y educación de los pacientes no están cubiertas de otra manera por el beneficio del equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para proporcionar terapia de infusión a domicilio y los medicamentos para infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	$0 de copago por servicios profesionales de parte de un proveedor de atención primaria (PCP), incluidos servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. $0 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. Los equipos y suministros de infusión a domicilio están cubiertos por el beneficio de Equipo médico duradero (DME). Consulte la sección de “Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados” para obtener información sobre los costos compartidos. Ciertos medicamentos para infusión en el hogar están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	la Parte B de Medicare. Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" para obtener información sobre el costo compartido.
Atención en un hospicio Usted puede recibir atención de cualquier programa de atención en un hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención en un hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio han dado un pronóstico terminal que certifica que usted padece una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos para vivir si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no se relacionan con su diagnóstico de una 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 relacionan con su diagnóstico de una enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted	Cuando usted se inscribe en un programa de atención en un hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios de atención en un hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, no por nuestro plan. Es posible que aplique un costo compartido por servicios médicos para servicios de consulta de atención en un hospicio. Consulte la sección de servicios médicos/profesionales de esta tabla para obtener información sobre el costo compartido.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido bajo Medicare (Original Medicare) Para servicios que están cubiertos por Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), pero que no están cubiertos por las partes A o B de Medicare: Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las Partes A o B, se relacionen o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte Capítulo 5, Sección 9.4 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)* **Nota:** Si necesita atención que no sea de atención en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para organizar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta del hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha optado por el beneficio de atención en un hospicio.	
Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas	No hay coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	*Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para tener cobertura.*
Atención hospitalaria como paciente internado Incluye hospitalización de pacientes graves, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de que reciba el alta es su último día como paciente internado. Usted tiene una cobertura de 90 días para estadías en el hospital como paciente internado cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de las unidades de atención especial (como las 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.	Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare. Días de reserva de por vida: $0 de copago por día. Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros estén en un hospital por más de la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida. Si recibe atención como paciente internado autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, dispondremos que su caso sea evaluado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted reúne las condiciones para recibir el trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera de la ubicación de atención de la comunidad, puede elegir quedarse en el medio local siempre y cuando los proveedores locales de trasplante acepten la tarifa de Original Medicare. Si Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar que está fuera de la ubicación de atención de la comunidad y usted elige recibir el trasplante en este lugar alejado, haremos arreglos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente 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 un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
de Medicare llamada, "¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800- 633- 4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental como paciente internado Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización Usted tiene una cobertura de 90 días para estadías como paciente internado cubiertas por Medicare. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de salud mental en régimen de internado prestados en un hospital psiquiátrico. Este límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Si ha utilizado parte de la prestación vitalicia de 190 días de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, sólo tendrá derecho a recibir la diferencia entre el número de días vitalicios ya utilizados en el beneficio del Plan.	Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare. Días de reserva de por vida: $0 de copago por día. Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros estén en un hospital por más de la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida. Si recibe atención como paciente internado autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. *Se puede requerir autorización previa.*
Estadía para pacientes internados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta Si usted ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibe mientras está en el hospital o en el centro	Los servicios enumerados estarán cubiertos según los montos de costo compartido que se muestran en la tabla de beneficios para el servicio específico. Para suministros médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona incorrectamente de forma permanente, incluyendo la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Férulas para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	cubiertos por Medicare, incluyendo yeso y férulas, usted paga el monto de costo compartido aplicable donde se proporciona el servicio específico.
Comidas	
Comidas posteriores a atención aguda: • Para miembros que reciben el alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados), el plan ofrece un máximo de 3 comidas por día durante 14 días, lo que es un total de 42 comidas sin costo para usted. Puede optar por recibir comidas congeladas frescas, comidas que se conservan a temperatura ambiente o una caja de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite de beneficios total, con un máximo de una caja de batidos por instancia.	$0 de copago por cada comida o batido posterior a la atención aguda que sea médicamente necesario cubierto por el plan.* *Es posible que se requiera una remisión.*
Comidas para pacientes crónicos:	$0 de copago por cada comida o

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los miembros bajo administración de cuidados con una afección crónica aprobada por el plan pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para hacer la transición a modificaciones del estilo de vida. • Las afecciones crónicas elegibles incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes e hipertensión. • Usted puede recibir un máximo de 3 comidas saludables por día por un máximo de 28 días por un máximo de 84 comidas al mes. Este beneficio puede ser utilizado por un máximo de 3 meses al año. • Sujeto a disponibilidad, puede elegir recibir comidas congeladas frescas, comidas que se conservan a temperatura ambiente o una caja de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite mensual, con un máximo de una caja de batidos por mes.	batido para pacientes crónicos que sea médicamente necesario cubierto por el plan. * *Es posible que se requiera una remisión.*
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (renal) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que reciba servicios terapéuticos de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, usted puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Todos los planes de salud de Medicare cubrirán los servicios del	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
MDPP para todos los beneficiarios elegibles de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de la salud, que proporciona capacitación práctica en cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos recetados de la Parte B Estos medicamentos se cubren conforme a la Parte B de Original Medicare. 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 recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se administra por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.	Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada. $0 de copago por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea	$0 de copago por otros medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit®). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada. https://wellcare.superiorhealthplan.com/steptherapyb. También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. Capítulo 5 explica la multa beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que usted debe seguir para que las recetas estén cubiertas. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en Capítulo 6.	
Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético Cubrimos las sesiones de asesoramiento a través de un dietista o profesional de nutrición, con una orden de su médico, para tratar los cambios en su comportamiento que podrían mejorar una afección médica que tenga. El asesoramiento nutricional es un proceso de apoyo para establecer prioridades, establecer metas y crear planes de acción individualizados que reconozcan y fomenten la responsabilidad del autocuidado.	$0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.*
Detección y terapia de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor o profesional de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago o deducible para detección y terapia preventiva de la obesidad.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de programas de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento para consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	$0 de copago por servicios de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Radiografías.	$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Radioterapia (radio e isótopos), incluyendo los materiales y suministros del técnico.	$0 de copago por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones	$0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare, incluidos yesos y férulas. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Análisis de laboratorio.	$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare (por ejemplo, análisis de orina). *Se puede requerir autorización previa.*
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: servicios de diagnóstico no radiológicos (por ejemplo, prueba de alergia o electrocardiograma [ECG]).	$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare (por ejemplo, prueba de alergia o electrocardiograma [ECG]). *Se puede requerir autorización previa.*
• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (incluye pruebas complejas como tomografía computarizada [TC], resonancia magnética por imágenes [MRI], angiografía de resonancia magnética [ARM] y SPECT) - Servicios de diagnóstico radiológicos, sin incluir radiografías de película plana	$0 de copago por servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para los	$0 de copago por cada consulta de servicio de observación cubierta por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada, "¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare– ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800- 633- 4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención 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 • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el	Usted paga las cantidades aplicables de costo compartido que se muestran en esta Tabla de beneficios médicos para el servicio específico. Para suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yeso y férulas, usted paga el monto de costo compartido aplicable donde se proporciona el servicio específico.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada, "¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare– ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1- 800- 633- 4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental como paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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.	
• Servicios prestados por un psiquiatra	$0 de copago para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. $0 de copago para cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental	$0 de copago para cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. $0 de copago para cada consulta de terapia grupal con otros proveedores de atención médica cubierta por Medicare.
Además de los beneficios de salud mental para pacientes	$0 de copago por cada consulta

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
ambulatorios cubiertos por Medicare, cubrimos asesoramiento para temas generales como matrimonio, familia y aflicción. Usted puede ver a un profesional de salud mental calificado por Medicare, o tener acceso a estos servicios adicionales por teléfono y en línea usando Teladoc™, el proveedor de telesalud de nuestro plan. Las consultas de salud conductual se pueden programar los 7 días de la semana de 7:00 a. m. a 9:00 p. m. hora local. Llame a Teladoc™ al 1-800-835-2362 TTY: 711	de asesoramiento con un proveedor de Teladoc™.*
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta	$0 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta del habla y el lenguaje	$0 de copago por cada consulta para terapia del lenguaje cubierta por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada consulta

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de trastorno por consumo de sustancias, como sesiones de terapia individual y grupal prestadas por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínicos, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional o programa de atención de salud mental calificado de Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.	de terapia grupal cubierta por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que se proporcionan en establecimientos hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios **Nota:** Si se debe realizar una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".	
• Servicios prestados en un hospital ambulatorio	$0 de copago por consultas quirúrgicas a un centro hospitalario ambulatorio cubiertas por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Servicios proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio. *Se puede requerir autorización previa.*
Artículos de venta libre Solo usted puede utilizar su beneficio, y los artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) están destinados para su uso solamente. Conseguir sus artículos es fácil: Nuestro plan proporciona un beneficio de $350 cada tres meses para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan a través de CVS. Usted tiene la flexibilidad de comprar artículos de OTC	$0 de copago*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
elegibles del catálogo por teléfono, en línea o en los puntos de venta al por menor de CVS participantes con su tarjeta de identificación del miembro. Puede hacer un pedido a través del catálogo en línea en www.cvs.com/otchs/wellcare o por teléfono, al 1-866-528-4679 (TTY: 711) y le entregaremos sus artículos a su puerta sin costo adicional para usted. Considere el catálogo de OTC puede cambiar cada año. Asegúrese de revisar el catálogo actual para ver qué artículos son nuevos e identificar cualquier cambio en los artículos del año pasado. Hay un límite de 3 pedidos por correo por trimestre. Pueden aplicarse limitaciones adicionales, indicadas en el catálogo, a la cantidad de ciertos artículos por trimestre. Nota: bajo ciertas circunstancias, los equipos de diagnóstico (como los equipos para diagnosticar la presión arterial, el colesterol, la diabetes, las pruebas colorrectales y el VIH) y los medios para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Para obtener los artículos y equipos mencionados anteriormente, usted debe (cuando sea posible) usar los otros beneficios de nuestro plan en lugar de gastar su asignación en dólares para OTC.	
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	$0 de copago por hospitalización parcial cubierta por Medicare por día. *Se puede requerir autorización previa.*
Servicios profesionales/del médico, incluyendo consultas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico por un proveedor de atención primaria	$0 de copago por cada consulta al consultorio del PCP cubierta por Medicare.
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios y que se llevan a cabo en centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otra ubicación	Consulte "Cirugía ambulatoria" que figura antes en esta tabla para conocer cuáles son los montos de costo compartido aplicables a las consultas a un

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	centro quirúrgico ambulatorio o a un entorno ambulatorio hospitalario.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista	$0 de copago por cada consulta de especialista cubierta por Medicare.
• Otros profesionales de atención médica	$0 de copago por cada consulta a otros profesionales de la salud.
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico le ordena que vea si necesita tratamiento médico	$0 de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
• Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: servicios de urgencia, servicios de salud en el hogar, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, fisioterapia y patologías del habla y el lenguaje, sesiones individuales para abuso de sustancias como paciente ambulatorio y capacitación para el automanejo de la diabetes. ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Nuestro plan brinda acceso a consultas virtuales con médicos certificados por la junta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de Teladoc™ para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas sobre la salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual, dermatología y más. Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico ya sea por teléfono o por Internet usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Algunos tipos de consultas pueden requerir Internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a	$0 copago por servicios de consulta virtual realizados a través de Teladoc™. Tenga en cuenta lo siguiente: el copago de $0 anterior, solo se aplica cuando los servicios se reciben de Teladoc™. Si recibe servicios en persona o de telesalud de un proveedor de la red y no del proveedor de la consulta virtual, usted pagará los costos compartidos enumerados para esos proveedores, según se describe en esta tabla de beneficios (p. ej., si recibe servicios de telesalud de su PCP, usted pagará el costo compartido del PCP). *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Teladoc™ 1-800-835-2362 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros en diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal, un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación	
• Controles virtuales (p. ej., por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ El control no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más cercana disponible.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios médicos/profesionales, incluyendo las consultas al consultorio del médico” anterior).
• Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más cercana disponible.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en “Servicios médicos/profesionales, incluyendo las consultas al consultorio del médico” anterior).
• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o expediente médico electrónico.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	se describe en "Servicios médicos/profesionales, incluyendo las consultas al consultorio del médico" anterior).
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios especializados (como se describe en "Servicios médicos/profesionales, incluyendo las consultas al consultorio del médico" anterior).
• 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)	$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$0 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
Los servicios adicionales cubiertos incluyen lo siguiente: • Atención complementaria (no cubierta por Medicare) de los pies, para consultas ilimitadas cada año calendario. **Nota:** La cobertura de los servicios complementarios de podiatría (no cubiertos por Medicare) es un beneficio complementario que el plan ofrece. Ni Medicare ni Medicaid pagarán la parte del costo de estos servicios que le corresponde a usted.	$0 de copago por cada consulta de podiatría complementaria (no cubierta por Medicare) para consultas ilimitadas cada año calendario.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	$0 de copago por el tacto rectal anual cubierto por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos prostéticos y suministros relacionados Dispositivos (distintos de los dentales) que sustituyen la totalidad o parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos prostéticos, miembros artificiales, y prótesis mamarias (incluyendo un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y la reparación o reemplazo de los dispositivos prostéticos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas – ver "Atención de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	$0 de copago por dispositivos prostéticos u ortopédicos cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos relacionados con dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	$0 de copago por cada consulta del servicio de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una consulta para la detección del consumo indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluyendo mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, sin llegar a ser	No hay coseguro, copago, o deducible para la detección y asesoramiento para el beneficio preventivo para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
dependientes. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol es positiva, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si usted está apto y alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	
Prueba de detección de cáncer de pulmón con Tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Para personas calificadas, una LDCT se cubre cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de entre 55 y 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con un historial de fumadores de tabaco de al menos 30 años o que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes hayan recibido una orden escrita para una tomografía LDCT durante una asesoría sobre prueba de detección de cáncer de pulmón y consulta de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que se haya proporcionado por un médico o profesional no médico calificado. *Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la detección inicial con LDCT:* el miembro debe recibir una orden escrita para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional calificado que no sea un médico. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar orientación para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para exámenes de detección de cáncer de pulmón siguientes con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta o para la tomografía LDCT.
Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos 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	No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de ITS y el asesoramiento para beneficios preventivos de ITS cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos, en persona, de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las presta un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios de educación en enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros que se encuentran en la etapa IV de una enfermedad renal crónica cuando reciben una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación en enfermedades renales de por vida.	$0 de copago para servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en Capítulo 3).	$0 de copago para tratamientos ambulatorios de diálisis renal cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial).	Consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados” para conocer los costos compartidos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados.
• Capacitación de autodiálisis (que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)	$0 de copago por capacitación de autodiálisis cubierta por Medicare.
• Suministros y equipo de diálisis en el hogar	$0 de copago por equipo para diálisis domiciliaria cubierto por Medicare. *Se puede requerir autorización*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	previa. $0 de copago por suministros para diálisis cubiertos por Medicare que se obtengan de un hospital para pacientes externos. *Se puede requerir autorización previa.* $0 de copago por suministros para diálisis domiciliaria cubiertos por Medicare que se obtengan de cualquier otro establecimiento de la red. *Se puede requerir autorización previa.*
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir consultas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	$0 de copago por cada servicio de una agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare.
Atención médica en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de este folleto. Los centros de enfermería especializada suelen denominarse suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”). Se cubren hasta 100 días por período de beneficios por el confinamiento y los servicios de atención médica especializada en un SNF o en un establecimiento alternativo cuando dichos servicios cumplen las pautas de cobertura del plan y de Medicare. No se requiere hospitalización previa. Los 100 días por período de	$0 de copago por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100. *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
beneficios incluyen los días en un SNF que se hayan recibido a través del plan, Original Medicare o cualquier otra organización de Medicare Advantage durante el período de beneficios. 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 lenguaje • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • 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. Sin embargo, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda obtener la atención médica de parte de un centro que no sea un proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los 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	El período de beneficios comienza a partir del primer día que usted entra a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención médica especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si entra a un centro de atención médica

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
que usted se retire del hospital.	especializada después de que un período de beneficios ha terminado, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en el número de períodos de beneficios.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Servicios adicionales para dejar de fumar: Nuestro plan también cubre hasta 5 consultas de asesoramiento para dejar de fumar adicionales en línea y por teléfono. Las consultas están disponibles por parte de clínicos capacitados y estas incluyen orientación en los pasos para cambiar, planificar, asesoramiento y educación. Los beneficios están disponibles solamente a través de nuestro proveedor de telemedicina Teladoc™. Para obtener más información o para programar una cita llame a Teladoc™ al 1-800-835-2362 (Teletipo TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwelltx.	$0 de copago por servicios adicionales para dejar de fumar.*
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para ciertos miembros sin	*Es posible que se requiera una remisión.* *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
costo alguno para usted. Para calificar para estos beneficios usted debe cumplir con criterios específicos, incluyendo estar bajo tratamiento para una afección crónica que califique y que se determine que está en alto riesgo de hospitalización. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, visite la Sección 2.1 del Capítulo 4. Si es elegible, puede recibir los siguientes beneficios:	Es posible que algunas ventajas no estén disponibles en determinados lugares.
Transporte no médico: Si es elegible, usted puede recibir hasta 36 viajes de ida para ubicaciones no médicas aprobadas por el plan para ayudarle a realizar tareas cotidianas y apoyar un estilo de vida saludable. Los ejemplos de ubicaciones aprobadas incluyen tiendas de comestibles, centros comerciales, centros de aseo personal, centros de acondicionamiento físico y centros de culto. Los viajes están limitados a 30 millas cada dirección y deben reservarse con el proveedor al menos con 72 horas de anticipación. Tenga en cuenta que debe usar el proveedor contratado de nuestro plan para que este servicio esté cubierto.	**Transporte no médico:** $0 de copago*
Tarjeta Flex Card para servicios públicos: Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepagada con un límite de $125 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Este beneficio es para su uso únicamente, no puede venderse ni transferirse, y no tiene valor en efectivo. Cualquier monto en dólares en beneficios de una Tarjeta Flex Card para servicios públicos no usado vencerá al final de cada mes. Los servicios públicos aprobados para este beneficio incluyen los siguientes: - Servicio eléctrico, de gas, sanitario y de agua - Servicio telefónico de línea fija - Servicio de TV por cable - Ciertos gastos en petróleo Tenga en cuenta lo siguiente: Si se determina que es elegible para el beneficio de la Tarjeta Flex Card, usted no recibirá una tarjeta Visa prepagada adicional por correo postal. Su monto en dólares del beneficio para servicios públicos se agregarán automáticamente a su tarjeta de débito Visa prepagada recibida como parte del beneficio de la Tarjeta Flex Card. Si no recibió su Tarjeta Flex Card Visa prepagada, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Un reembolso está disponible en caso de que falle la tarjeta, o para usarla en proveedores de servicios públicos elegibles que no acepten	**Tarjeta Flex Card para servicios públicos:** $0 de copago*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Visa. Puede presentar un formulario de reclamo para reembolso junto con el recibo impreso, detallado, de la ubicación del proveedor. Los reclamos se deben presentar dentro de 90 días a partir de la fecha de la compra que figura en su recibo. **Helper Bees Care Concierge:** Si es elegible, nuestro plan ofrece una asignación mensual de 100 créditos para recibir servicios aprobados por el plan a través de la red HealthAlign. Los servicios aprobados pueden incluir apoyo en el domicilio, modificaciones en el domicilio, control de plagas y más. Los servicios específicos disponibles dependerán de sus necesidades individuales, capacidades y ubicación. Los créditos no usados vencerán al final de cada mes. Para ser elegible para recibir el beneficio indicado arriba, debe estar en administración de la atención y tener una o más afecciones crónicas que califiquen. Algunos ejemplos de afecciones crónicas que califican incluyen, entre otras, las siguientes: - Diabetes - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - Enfermedad pulmonar crónica - Asma - Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) - Cáncer - Enfermedad de las arterias coronarias (CAD) Si cree que cumple los criterios y desea obtener más información sobre los beneficios anteriores, incluido cómo recibirlos, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.	**Helper Bees Care Concierge:** $0 de copago*
Terapia de ejercicios supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en	$0 de copago por cada consulta para terapia de ejercicios supervisada cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Servicios de transporte (de rutina adicionales) Nuestro plan cubre transporte terrestre para casos que no son de emergencia y que son dentro de nuestra área de servicio. Este beneficio está disponible para ayudarlo a obtener atención y servicios médicamente necesarios. Los traslados están limitados a 75 millas y a un solo tramo, a menos que el plan apruebe lo contrario. Llame al menos 72 horas por adelantado para programar traslados de rutina, o en cualquier momento para viajes de urgencia. Podrían excluirse determinados establecimientos. Para obtener más información sobre establecimientos aprobados por el plan, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios de transporte que son médicamente necesarios deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Durante el traslado, los vehículos pueden transportar a varios pasajeros al mismo tiempo y pueden detenerse en lugares distintos al destino del miembro. Cuando programe el traslado, asegúrese de hacer referencia a cualquier necesidad especial o preferencia.	$0 de copago por traslado para traslados ilimitados. Se considera como un traslado de un tramo el que se realice en taxi, en camioneta o con servicios de automóvil compartido hacia establecimientos relacionados con la salud.* *Se puede requerir autorización previa.*
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere	$0 de copago por consultas para servicios de urgencia cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.	
Se cubren los servicios que se necesitan urgentemente fuera de Estados Unidos.	$120 de copago por servicios que se necesitan urgentemente fuera de Estados Unidos.* Se aplica el costo compartido por las consultas para servicios de urgencia en todo el mundo si lo internan para brindarle atención hospitalaria para pacientes internados. Usted tiene cobertura para hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	$0 de copago por todos los otros exámenes de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos. *Se puede requerir autorización previa.*
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos 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.	$0 de copago por una prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	$0 de copago por prueba de la retina cubierto por Medicare para los miembros con diabetes.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). ○ Nuestro plan cubre lo siguiente: ■ Refracción de la vista cuando se realiza con el propósito de recetarle anteojos cubiertos por Medicare. ■ El costo por la adaptación de lentes de contacto para lentes de contacto cubiertos por Medicare.	*Se puede requerir autorización previa.* $0 de copago por anteojos cubiertos por Medicare, que, para los miembros de nuestro plan, incluye lo siguiente: • Refracción de la vista con el propósito de recetarle anteojos cubiertos por Medicare. • La adaptación de lentes de contacto para lentes de contacto cubiertos por Medicare. *Se puede requerir autorización previa.*
Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina):	Servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina):
• 1 examen de rutina de la vista cada año. El examen de la vista de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas que corren un riesgo de padecer glaucoma y una prueba de la retina para personas con diabetes.	$0 de copago por 1 examen de rutina de la vista cada año.* *Se puede requerir autorización previa.*
• Pares ilimitados de anteojos con receta cada año. Un máximo del beneficio de $600 cada año por cualquiera de lo siguiente. ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Lentes para anteojos solamente o ○ Solamente marcos para lentes o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Mejoras para el material óptico Nota: El plan cubre el costo por las adaptaciones para lentes de contacto. Se aplica un monto máximo de la cobertura del beneficio del plan de	$0 de copago por anteojos.* *Se puede requerir autorización previa.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
$600 cada año por el costo minorista de marcos o lentes (incluye cualquier opción de lentes, como con tinte y recubrimiento). No se incluyen los anteojos cubiertos por Medicare dentro del máximo del beneficio complementario (es decir, de rutina). Nota: Usted es responsable de cualquier costo anterior con el máximo de $600 por anteojos complementarios (es decir, de rutina).* Nota: Los servicios de la vista complementarios (es decir, de rutina) deben recibirse de parte de un proveedor de la red para que el plan los pueda cubrir. Los miembros no pueden usar su beneficio complementario para anteojos con el fin de aumentar su cobertura de anteojos cubiertos por Medicare. Nota: La cobertura de los servicios de rutina para la visión es un beneficio complementario que el plan ofrece. Ni Medicare ni Medicaid pagarán la parte del costo de estos servicios que le corresponde a usted. Para preguntas sobre cómo encontrar a un proveedor o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros. (Los números telefónicos figuran en la contraportada de este folleto).	
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 remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".
• Electrocardiograma cubierto por Medicare después de los Servicios preventivos de la consulta de bienvenida.	$0 de copago por cada electrocardiograma cubierto por Medicare después de los Servicios preventivos de la consulta de bienvenida.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

Hay servicios que no están cubiertos por Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), pero que están disponibles a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-512-424-6500, los usuarios de TTY deben llamar al 1-512-424-6597, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

En esta sección se describen los tipos de servicios que se “excluyen”. “se excluyen” significa que el plan no cubre estos servicios.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como 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, Capítulo 9, Sección 6.3 en este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura		√ Se cubre para el dolor lumbar

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
		crónico
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.
El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		√ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Consulte Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información en estudios de investigación clínica).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	√	
*Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	√	
Entrega de comidas a domicilio.		√
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		√
Servicios de naturoterapia (emplean tratamientos naturales o alternativos).	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Zapatos ortopédicos		√ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	√	
Habitación privada en el hospital.		√ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	√	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	√	
Atención quiropráctica de rutina		√ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	√	
Dispositivos de apoyo para los pies.		√ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para D

SECCIÓN 1 Introducción 120
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 120
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 121

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 121
Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 121
Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red 122
Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 123
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 124
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan? 125

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan. 127
Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” le informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 127
Sección 3.2 Hay seis “niveles de costo compartido” para medicamentos en la Lista de medicamentos 128
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 128

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 129
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 129
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay? 129
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 130

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 131
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. 131
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 131
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? 134

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 134

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 134
Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?. 135

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 137
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 137

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta un medicamento recetado 138
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía del plan 138
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de membresía? 138

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 139
Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?..... 139
Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)? 139
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal de jubilados? 140
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 140

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos 141
Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de forma segura 141
Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides..... 141
Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 142

¿Cómo puede obtener información sobre sus costos por los medicamentos?

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta. Debido a que usted están en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos para los medicamentos recetados para la Parte D podría no aplicarse a usted.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina "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 recetados), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene esta cláusula, llame a Servicios para Miembros y pida la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, generalmente, los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta, ya sea hospitalaria o en un centro de atención de enfermería especializada, y sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B).

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solamente cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para más información, consulte Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto*)).

En la siguiente sección se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan Sección 9. *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye

más información sobre la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre la cobertura de medicamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. (La información de contacto para Servicios para los miembros se enumera en la contraportada de este folleto).

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.
- La persona que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que demuestre que está calificada para escribir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte Sección 2. *Surta sus medicamentos recetados 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 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 (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solamente* si los obtiene en las

farmacias de la red del plan. (Consulte Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red).

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

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen un costo compartido estándar, y farmacias de pedidos por correo que ofrecen un costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener los medicamentos recetados cubiertos. Su costo compartido debe ser menor en una farmacia de pedidos por correo que ofrece costo compartido estándar.

Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.wellcare.com/allwelltx) o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Sin embargo, sus costos pueden ser incluso inferiores para los medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de pedidos por correo de la red que ofrezca un costo compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué farmacias de pedidos por correo de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos comuníquese con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia. Para encontrar otra farmacia la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwelltx.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de Atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un

centro de Atención a largo plazo (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, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.

- 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 (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (*Nota:* Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*) o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios 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 crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite **hasta un suministro de 90 días.**

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web (los números de teléfono y la dirección del sitio web figuran en la contraportada de este folleto).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará a más tardar en 14 días. Si su pedido se retrasa, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener ayuda. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O 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 ahora o en cualquier momento llame a nuestro servicio de pedido por correo Servicios para los miembros al 1-888-624-1139 (TTY: 711) las 24 horas del día, 7 días a la semana. O inicie sesión en caremark.com.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros al ponerse en contacto con pedido por correo Servicios para los miembros al 1-888-624-1139(TTY: 711) 24 horas al día, 7 días a la semana. O inicie sesión en caremark.com.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros al ponerse en contacto con pedidos por correo de los Servicios para los miembros al 1-888-624-1139 (TTY: 711) 24 horas al día, 7 días a la semana. O inicie sesión en caremark.com.

Resurtidos de medicamentos recetados de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si opta por no usar un programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia de 10 a 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros a su farmacia de pedidos por correo:

- **CVS Caremark: 1-888-624-1139. (Los usuarios de teletipo TTY pueden llamar al 711).**

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Debe verificar su información de contacto cada vez que haga un pedido, al momento en que se inscriba para el programa de surtido automático o si su información de contacto cambia.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son

aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo). Usted puede pedir este suministro a través de pedidos por correo (vea Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro para un plazo lago de medicamentos de mantenimiento. En su Directorio de proveedores y farmacias se detallan las farmacias de la red que pueden proporcionarle un suministro para un plazo largo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo de la red del plan.** Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como "NM" en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite hasta un suministro de 90 días. Vea Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, aquí están las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

Viaje: Obtener cobertura cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan.

- Si toma un medicamento recetado con regularidad y se va de viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de partir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda solicitar sus medicamentos recetados con anticipación a través de una farmacia de pedidos por correo.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y territorios y se enferma, o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago o coseguro) cuando surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo enviar una solicitud de reembolso, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.
- También puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja.
- No podemos pagar ninguna receta que se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos y

territorios, incluso para una emergencia médica.

Emergencia médica ¿Qué sucede si necesito una receta debido a una emergencia médica o porque necesito atención de urgencia?

- Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago o coseguro) cuando surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo enviar una solicitud de reembolso, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

Situaciones adicionales: En otras ocasiones, puede obtener cobertura para su receta si va a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si aplica al menos uno de los siguientes:
  - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red, dentro de una distancia razonable, que brinde servicio las 24 horas.
  - Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente en existencias en una farmacia minorista de la red o farmacia de pedidos por correo accesible (incluyendo medicamentos únicos y de alto costo).
  - Si está recibiendo una vacuna que es médicamente necesaria pero no cubierta por la Parte B de Medicare y algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.
- Para todas las situaciones mencionadas anteriormente, puede recibir un suministro de hasta 30 días de medicamentos recetados. Además, es probable que deba pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y enviar la documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Asegúrese de incluir una explicación de la situación con respecto a por qué utilizó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará con el procesamiento de su solicitud de reembolso.

En estas situaciones, **verifique primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto), Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento en que surta la receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero).

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

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

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

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 del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de D de Medicare (antes en este capítulo, Sección 1.1 se explicó sobre los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, comuníquese con los Servicios para los miembros. (La información de contacto para Servicios para los miembros se enumera en la contraportada de este folleto).

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

- Esté aprobado por la FDA. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- -- *o* -- esté avalado por ciertos libros de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte Sección 7.1 en este capítulo).
- • En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de

medicamentos.

- Los medicamentos recetados cubiertos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas no están en la Lista de medicamentos. Para obtener información sobre los medicamentos recetados de Medicaid, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 Hay seis "niveles de costo compartido" para medicamentos en la Lista de medicamentos

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

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 (Nivel de especialidad) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. Este es el nivel con el costo compartido más alto.
- Nivel 6 (medicamentos para atención selecta): incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que comúnmente se emplean en el tratamiento de afecciones médicas crónicas específicas o para prevenir las enfermedades (vacunas). Este es el nivel con el costo compartido más bajo.

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

La cantidad que paga por medicamentos depende de cada nivel de costo compartido que se muestra en Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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 que le enviamos vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.wellcare.com/allwelltx). La Lista de medicamentos en el sitio web

siempre es la más actualizada.

3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual lo ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los 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. 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 Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo pedir excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un**

medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico. Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización 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**". A veces, el requisito para obtener autorización por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, y el medicamento A cuesta menos, 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 escalonada".**

Limitaciones de la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que puede obtener, porque limitamos la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.wellcare.com/allwelltx).

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. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted desea tomar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el 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 Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo pedir excepciones).

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.

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que 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 Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- 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 está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas

situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el 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 puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. **El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser de uno de los siguientes tipos:**
   - El medicamento que ha estado tomando ya **no está en la Lista de medicamentos del plan**.
   - -- o -- l medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (Sección 4 en este capítulo le informa sobre las restricciones).
2. **El medicamento que ha estado tomando:**
   - **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

     Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo de medicamentos. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
   - **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

     Cubriremos un suministro de hasta 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.
   - **Para los miembros actuales del plan que se están mudando de una estancia hospitalaria o de un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) a un domicilio y necesitan un suministro temporal de inmediato:**

     Cubriremos un suministro de hasta 30 días o menos si su receta está indicada para menos días (en cuyo caso, se permitirán varios surtidos para proporcionar un suministro total del medicamento de

hasta 30 días).

- **Para los miembros actuales del plan que se están mudando de un domicilio o de una estancia hospitalaria a un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) y necesitan un suministro temporal de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días (en cuyo caso, se permitirán varios surtidos para proporcionar un suministro total del medicamento de hasta 31 días).

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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 a la norma. 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 es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, Capítulo 9, Sección 7.4 le informa qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido 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, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, Capítulo 9, Sección 7.4 le informa qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Nivel 5 (Nivel de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones 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 cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura para un medicamento** (para obtener más

información sobre las restricciones de cobertura, vea Sección 4 en este capítulo).

- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que le afectan este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
    - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, vea Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, vea Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

Cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman ese medicamento: por cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de

beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que se "excluyen". Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan por estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. (excepto por ciertos medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestra cobertura mejorada de medicamentos). La única excepción: si, luego de una apelación, se determina que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y deberíamos haberla pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no cubrir un medicamento, vaya a Capítulo 9, Sección 7.5 en este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, debe pagarlo usted mismo.

Aquí se encuentran las tres reglas generales sobre los medicamentos que no cubren los planes de medicamentos de Medicare bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en virtud de la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - En general, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias específicas, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, las categorías de medicamentos enumeradas abajo no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted bajo su cobertura de medicamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener información con respecto a los medicamentos recetados cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid.

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

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura mejorada de medicamentos). Cubrimos algunos medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil. Estos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad. El monto que usted paga cuando surte una receta para estos medicamentos no cuenta para que califique para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas se describe en Capítulo 6, Sección 7 de este folleto).

Además, si **recibe "Ayuda adicional" de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, el programa "Ayuda adicional" no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para los miembros para obtener más información. Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por 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 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta un medicamento recetado

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía del plan

Para obtener su medicamento recetado, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando usted recoge su medicamento recetado. También deberá presentar su tarjeta del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas para surtir recetas para obtener medicamentos recetados cubiertos bajo el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de membresía?

Si usted no tiene su tarjeta de membresía del plan en el momento de obtener su medicamento recetado, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. (Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Vea Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

Si es admitido en un hospital o a un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*) da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades en un momento para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, 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 usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

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

¿Tiene actualmente otra cobertura para medicamentos recetados de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Este puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos recetados que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. 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 recetados para el año calendario siguiente es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es "**acreditable**", significa que el plan tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura acreditable, porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable de su empleador o plan de grupo de jubilados, puede obtener una copia a través del administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su proveedor del hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona que le emite la receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. 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. Consulte las partes previas de esta sección que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte multa por inscripción tardía de la Parte Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*) da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

- 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 indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que el uso que usted haga de

medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en una farmacia o en farmacias determinada(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de un médico o médicos determinado(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si pensamos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las limitaciones que pensamos que debemos aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y algún otro dato que considere que es importante que sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme dicha limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos recetados o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos negándole alguna parte de su pedido con relación a las limitaciones que se aplican para que usted acceda a esos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente externo a nuestro plan. Vea Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con neceSIDAdes de salud complejas.

El programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones y los costos de sus medicamentos son elevados, o que están en un DPM que ayuda a los miembros a usar sus opioides de modo seguro, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos,

también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el Programa de MTM recibirán información sobre cómo deshacerse de modo seguro de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (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 usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 147
Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican la cobertura para sus medicamentos 147
Sección 1.2 Tipos de gastos de desembolso directo que usted puede pagar por los medicamentos cubiertos 148

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento 148
Sección 2.1 ¿Qué son las etapas de pago de medicamentos *para los miembros* de nuestro plan? 148

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 150
Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB" de la Parte D") 150
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos 151

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel especializado) 152
Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $480 para sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel especializado) 152

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya 153
Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y en dónde surte su medicamento recetado 153
Sección 5.2 Una tabla que muestra los costos para un *suministro de un mes* de un medicamento 154
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 158
Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos para un *suministro a largo plazo* (de 61 a 90 días) de un medicamento 159
Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen $4,430. 161

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos 161

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos de desembolso directo lleguen a $7,050 161

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso directo para los medicamentos recetados..... 162

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos..... 164

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en ella etapa por el resto del año 164

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por sus vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba 165

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y para el costo de administrarle la vacuna 165

Sección 8.2 Es mejor que nos llame a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna..... 166

¿Cómo puede obtener información sobre sus costos por los medicamentos?

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta. Debido a que usted están en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos para los medicamentos recetados para la Parte D podría no aplicarse a usted.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina "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 recetados), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene esta cláusula, llame a Servicios para Miembros y pida la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican la cobertura para sus medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para que sea sencillo, utilizamos la palabra "medicamento" en este capítulo para hacer referencia a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D tienen cobertura conforme a la Parte A o la Parte B o bajo Medicaid. Además, algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si usted ha comprado cobertura complementaria de medicamentos.

Para entender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir las recetas y qué reglas debe respetar cuando obtiene los medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*** Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También indica en cuál de los seis niveles de "costo compartido" está el medicamento y si hay restricciones en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwelltx. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** Capítulo 5 le proporciona información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados, que incluye las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Capítulo 5 también informa sobre qué tipos de medicamentos recetados no tienen

cobertura de nuestro plan.

- **La *Directorio de proveedores y farmacias del plan.*** En la mayoría de las situaciones, usted debe usar una farmacia de la red para obtener para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte Capítulo 5 para obtener más información). El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de desembolso directo que usted puede pagar por los medicamentos cubiertos

Para entender la información de pago que damos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que paga de su bolsillo que podría tener que pagar por servicios cubiertos. A la cantidad que usted paga por un medicamento se le llama "costo compartido" y hay tres maneras en las que se le pedirá que pague.

- El **"deducible"** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan pague su parte.
- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento recetado.
- **"Coseguro"** significa que debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Qué son las etapas de pago de medicamentos *para los miembros* de nuestro plan?

Como se muestra en la siguiente tabla, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D conforme a nuestro plan. La cantidad que paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra al momento de surtir o volver a surtir un medicamento.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel especializado). Usted permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y Nivel 5 (nivel especializado) ($480 es el monto de su deducible de Nivel 2 [medicamentos genéricos], Nivel 3 [medicamentos de marcas preferidas], Nivel 4 [medicamentos de marcas no preferidas] y Nivel 5 [nivel especializado]). Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, el monto del deducible será de $0 o $99 dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que reciba. (Consulte el aviso separado, la "Cláusula adicional LIS", para conocer el monto de su deducible). *Si su deducible es $0*: esta etapa de pago no le corresponde. *Si su deducible es $99*: **usted paga el costo total** de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y de nivel 6 (medicamentos para atención selecta) y **usted paga su parte del costo.** Después de que usted (otros en su nombre) haya alcanzado su deducible de Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y Nivel 5 (nivel especializado), el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéri cos), Nivel 3(medicamentos de marcas preferidas), Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y Nivel 5 (nivel especializado) y usted paga su parte. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos totales de medicamentos" del**	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por los medicamentos de marca (más una parte dela tarifa de entrega) y el 25% del precio por los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos de desembolso directo"** (sus pagos) alcancen un total de $7,050. Este monto y las reglas para contar los costos para este monto han sido establecidos por Medicare. (Los detalles se encuentran en Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **nuestro plan paga la mayor parte del costo** de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Los detalles se encuentran en Sección 7 de este capítulo).

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
especializado) hasta que haya pagado $99 por sus medicamentos. (Los detalles se encuentran en Sección 4 de este capítulo).	**año hasta la fecha** (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) sumen un total de $4,430. (Los detalles se encuentran en Sección 5 de este capítulo).		

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos recetados o bien, si los vuelve a surtir en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Nosotros llevamos registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su **costo de “desembolso directo”** .
- Nosotros llevamos registro de sus **“costos totales de medicamentos”.** Este es el monto que paga de desembolso directo o que otras personas pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (A veces se le denomina “EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos

desde el inicio del año.

- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamo de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados de costo más bajo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo de medicamento recetado que puedan estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de 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. A continuación, le mostramos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta un medicamento recetado**. Para asegurarnos de que sabemos qué medicamentos recetados surte y lo que paga, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos**. A veces, es posible que usted pague sus medicamentos recetados cuando no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar registro de sus costos de desembolso directo. Para ayudarnos a llevar registro de sus costos de desembolso directo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar que el plan pague la parte que le corresponde del costo de ese medicamento. Para saber cómo hacerlo, vaya a Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación se incluyen algunos tipos de situaciones en las que puede proporcionarnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que gastó por dichos medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan
  - Cuando hace un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento
  - 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
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos hechos por algunas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso directo y le ayudan a calificar a su cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia farmacéutica del estado, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso directo. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviemos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si considera que falta algo en el informe o si tiene preguntas, llámenos a Servicio para Miembros (los números telefónicos aparecen impresos en la contraportada de este folleto). *En lugar de recibir una Explicación de beneficios de la Parte D en papel (EOB de la Parte D)* por correo postal, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica de su EOB de la Parte D. Puede solicitarla visitando Caremark.com. Si decide inscribirse, recibirá un correo electrónico cuando su EOB electrónica esté lista para ver, imprimir o descargar. Las EOB electrónicas también se denominan EOB de la Parte D sin papel. Las EOB de la Parte D sin papel son copias exactas (imágenes) de las EOB de la Parte D impresas. **Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos de medicamentos.**

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel especializado)

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $480 para sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel especializado)

La mayoría de nuestros miembros recibe "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, por lo que la Etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe "Ayuda adicional", el monto de su deducible depende del nivel de "Ayuda adicional" que reciba; usted:

- No pagará un deducible
- --o-- Pagará un deducible de $99.

Consulte el aviso separado (la "Cláusula adicional LIS") para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si usted no recibe "Ayuda adicional", la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $480 por medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel especializado). **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), de Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y de Nivel 5 (nivel especializado)** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los otros medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.

- Su **"costo total"** por lo general es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.

- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado $480 para sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas), Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas) y Nivel 5 (nivel especializado), abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y en dónde surte su medicamento recetado

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

El plan tiene seis niveles de costo compartido

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

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 (Nivel de especialidad) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. Este es el nivel con el costo compartido más alto.
- Nivel 6 (medicamentos para atención selecta): incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que comúnmente se emplean en el tratamiento de afecciones médicas crónicas específicas o para prevenir las enfermedades (vacunas). Este es el nivel con el costo compartido más bajo.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, busque en la *Lista de medicamentos del*

plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento de:

- Una farmacia minorista que se encuentra en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte Capítulo 5 en este manual y en el *Directorio de proveedores y farmacias del plan.*

Por lo general, cubriremos sus medicamentos recetados *solamente* si los surte en una de las farmacias de la red del plan. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen costo compartido preferido. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de la red que ofrecen el costo compartido preferido u otras farmacias de la red que ofrecen el costo compartido estándar para obtener sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias con costos compartidos preferidos.

Sección 5.2 Una tabla que muestra los costos para un *suministro de un mes* de un medicamento

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento recetado.
- **"Coseguro"** significa que debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. **Tenga en cuenta lo siguiente:**

- Si el costo del medicamento cubierto es menor que el monto del copago incluido en la tabla, deberá pagar el precio menor del medicamento. Paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.
- Cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubrimos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un *suministro de un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D.

Si los copagos en la siguiente tabla son menores que el copago que recibe a través de su "Ayuda adicional" usted pagará el copago del plan. **Tenga en cuenta lo siguiente** el copago del plan puede ser más bajo en

una farmacia de pedidos por correo de la red que ofrezca un costo compartido preferido.

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido en un centro de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte Capítulo 5 para obtener más información). (Suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	$0	$0	$0	$0	$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.	$20	$20	$20	$20	$20

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido en un centro de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte Capítulo 5 para obtener más información). (Suministro para hasta 30 días)
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.	$47	$47	$47	$47	$47
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.	50%	50%	50%	50%	50%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido en un centro de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte Capítulo 5 para obtener más información). (Suministro para hasta 30 días)
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos para atención selecta): incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que comúnmente se emplean en el tratamiento de afecciones médicas crónicas específicas o para prevenir las enfermedades [vacunas]).	$0	$0	$0	$0	$0

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que usted paga cuando recibe un suministro para menos de un mes completo dependerá de si es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto en dólares fijo).

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si el medicamento recetado es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será más bajo si usted recibe menos de un suministro de un mes completo, el *monto* que usted paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la "tarifa diaria de costo compartido") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
  - Aquí hay un ejemplo: digamos que el copago para su medicamento para un suministro completo de un mes completo (suministro de 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener

que pagar el suministro para un mes completo. 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 un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos recetados para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que paga dependerá del suministro que reciba para cierta cantidad de días.

Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos para un *suministro a largo plazo* (de 61 a 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando surte una receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 61 a 90 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo (de 61 a 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: si el costo del medicamento cubierto es menor que el monto del copago incluido en la tabla, deberá pagar el precio menor del medicamento. Paga *ya sea* precio total del medicamento o el monto del copago, *el que sea más bajo*.

Su parte del costo cuando obtiene un *suministro a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D.

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de 61 a 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (suministro de 61 a 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro de 61 a 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	$0	$0	$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	$60	$60	$0

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de 61 a 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (suministro de 61 a 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro de 61 a 90 días)
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos).	$141	$141	$94
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos).	50%	50%	50%
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad: incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.).	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.		
Nivel 6 de costo compartido ((Medicamentos para atención selecta): incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que comúnmente se emplean en el tratamiento de afecciones médicas crónicas específicas o para prevenir las enfermedades [vacunas]).	$0	$0	$0

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen $4,430.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total para los medicamentos recetados que surtió y repuso alcance el **límite de $4,430 para la Etapa de cobertura inicial.**

Su costo total de medicamentos se basa en sumar lo que ha pagado y lo que ha pagado el plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que obtuvo desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte Sección 6.2 para obtener más información sobre como Medicare calcula sus costos de desembolso directo). Esto incluye:
  - Los $480 que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible.
  - Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, el monto total que pagó cuando estuvo en la Etapa de deducible, que es $0 o $99.
  - El total que pagó como la parte que le corresponde de los costos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como la parte que le corresponde de los costos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estaba inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante el 2022, el monto que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos hechos por estos medicamentos no contarán para su límite de cobertura inicial o el total gastos de bolsillo. Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (La (la "EOB de la Parte D") que le enviemos le ayudará a llevar un registro de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de $4,430. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de brecha en la cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos de desembolso directo lleguen a $7,050

Cuando se encuentra en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de entrega para los medicamentos de marca. Tanto el monto que

usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan pagará el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Continuará pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso directo anuales alcancen el monto máximo que Medicare ha establecido. En 2022, el monto será de $7,050.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de desembolso de $7,050, usted deja la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso directo para los medicamentos recetados

A continuación encontrará las reglas de Medicare que tenemos que seguir cuando llevamos el registro de sus gastos de desembolso directo por sus medicamentos.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

Cuando usted sume sus costos de desembolso directo, **<u>puede incluir</u>** los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para medicamentos recetados cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus costos de desembolso directo.
- Estos pagos *también se incluyen* si determinadas personas u organizaciones **los hacen en su nombre**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por el Programa de asistencia farmacéutica del estado, que está calificado por Medicare, o por el

Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda adicional" de Medicare.

- Se incluyen algunos de los 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.

Pasar a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) gastó un total de $7,050 en costos de desembolso directo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Cuando usted sume los costos que paga de su bolsillo, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Los pagos que usted hace para sus medicamentos cubiertos conforme a nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza por los medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en el período sin cobertura.
- Pagos para sus medicamentos que hacen planes de salud grupal, incluyendo planes de salud del empleador.
- Pagos para sus medicamentos que hacen planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización a los trabajadores)

Recordatorio: Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede hacer un seguimiento de su total de desembolso directo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** La *Explicación de beneficios de la Parte D* (La EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso directo (Sección 3 en este capítulo le informa sobre este informe). Cuando alcance un total de $7,050 en costos de desembolso directo para el año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Sección 3.2 le indica que puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en ella etapa por el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus costos directos han alcanzado el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa por el resto del año.

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, los costos para sus medicamentos recetados dependerán del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Durante esta etapa, la parte que le corresponde de los costos para un medicamento cubierto serán:

- $0; *o*
- Un coseguro o un copago, el que sea *el monto* que sea mayor:
  - – *ya sea* – Coseguro del 5% del costo del medicamento
  - – *o* – $3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico y $9.85 por todos los demás medicamentos.
  - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el aviso separado (la “Cláusula adicional LIS”) para obtener información sobre sus costos durante le Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por sus vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para los medicamentos de las vacunas de la Parte D y para el costo de administrarle la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura de varias vacunas de D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **el medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **administrarle la vacuna**. (A veces se le denomina "administración" de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para lo que se está vacunando).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte Capítulo 4. *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.
    - Otras vacunas se consideran D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan. *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*.
2. **Dónde recibe el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- En otros casos, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la vacuna, usted pagará solo su parte del costo.

Para explicar cómo funciona esto, a continuación hay tres formas comunes para obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible y la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende del lugar donde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro O copago para la vacuna y el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando recibe la vacuna, paga el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en Capítulo 7 de este folleto. *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).*
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro O copago normal para la vacuna (incluida su administración), menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional" le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Usted deberá pagar a la farmacia monto de su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando el médico le aplica la vacuna, deberá pagar el costo total de este servicio. Luego puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que cobre el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre lo que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

Sección 8.2 Es mejor que nos llame a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna.

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para Miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle de qué manera el plan cubre la vacuna y explicarle la parte que le corresponde de los costos.
- Podemos informarle cómo mantener sus costos bajos al usar los proveedores y farmacias de nuestra red.

- Si no puede acudir a un proveedor y farmacia de la red, podemos informarle qué puede hacer para que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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 usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 170

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos 170

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido 172

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 172

SECCIÓN 3 Estudiaremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no 173

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento 173

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 174

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 174

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo en medicamentos 174

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos: no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedir a nuestro plan que se le pague (pagarle se llama a menudo "reembolsarle").

Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que nuestro plan cubre. Cuando usted nos envía una factura que ya ha pagado, veremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedir a nuestro plan que le pague (pagarle se llama a menudo "reembolsarle"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que nuestro plan cubre. Cuando usted nos envía una factura que ya ha pagado, veremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió.

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red del plan**

   Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme o no parte de nuestra red. Cuando usted recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, debe pedirle al proveedor que facture al plan.

   - Si usted paga la cantidad total en el momento en que recibe la atención, debe pedirnos que le reembolsemos. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - A veces usted puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
     - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
     - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos.

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

Los proveedores de la red deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores, y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Deberá pedirnos un reembolso por sus servicios cubiertos.

3. Si se ha inscrito en nuestro plan con carácter retroactivo

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan con carácter retroactivo y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los gastos. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener información adicional acerca de cómo pedirnos que le devuelvan el pago y los plazos para hacer su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados. (Cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solo en situaciones especiales. Vaya a Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque los datos de su inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque compruebe que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*; o podría tener un requisito o restricción del que usted no estaba al tanto o

no cree que le corresponda. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar su costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo del medicamento.

7. Si se inscribe de forma retroactiva en nuestro plan porque era elegible para Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicaid se inscriben automáticamente en nuestro plan para obtener su cobertura de medicamentos recetados. A veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año pasado).

Si usted se inscribió de forma retroactiva en nuestro plan e hizo pagos de desembolso directo para cualquiera de sus medicamentos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Usted deberá enviarnos su documentación a un plan especial que manejará el reembolso.

- Envíe una copia de sus recibos cuando nos pida que le reembolsemos.
- Usted debe pedir el pago de sus gastos de desembolso directo (no para los gastos pagados por otro seguro).
    - Es posible que el plan no pague por los medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos. Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* tiene información sobre cómo presentar una apelación.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debería cubrirse. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo presentar una queja.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus archivos.

Para asegurarse de que nos da toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar

nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No es obligatorio que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web www.wellcare.com/allwelltx o llamar al Servicio para Miembros y pedir el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios médicos, envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Payment Request Address
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

Para los medicamentos recetados de la Parte D, envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Part D Payment Request Address
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 12 meses (para reclamos médicos) y en un plazo de tres años (para reclamos de medicamentos) desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Estudiaremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos información adicional. En caso contrario, estudiaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el servicio de atención médica o el medicamento con están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que le cubran los

servicios médicos. Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para que le cubran los medicamentos recetados de la Parte D).

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o del medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el importe que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si la presentación de una apelación es nueva para usted, le resultará útil empezar leyendo Sección 5 de Capítulo 9. Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones y da definiciones de términos como “apelación”. Después de leerla, Sección 5, puede ir a la sección en Capítulo 9 que le indica lo que debe hacer en su situación:

- Si quiere presentar un recurso para que le devuelvan el dinero de un servicio médico, vaya a Sección 6.3 en Capítulo 9.
- Si quiere presentar un recurso para que le devuelvan el dinero de un medicamento, vaya a Sección 7.5 de Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo en medicamentos

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está pidiendo el pago. En cambio, nos está informando de sus pagos para que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a acceder más rápidamente a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

A continuación hay un ejemplo de una situación en la que debería enviarnos copias de recibos para informarnos acerca de los pagos que ha hecho para sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Dado que usted obtiene el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. Sin embargo, el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso directo, y puede ayudarle a acceder más rápidamente a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Como usted no está solicitando el pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....178

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc)..... 178

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que reciba a tiempo los servicios y medicamentos cubiertos. 179

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal..... 179

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos..... 180

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención..... 181

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado..... 183

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros..... 184

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías..... 184

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?..... 184

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos..... 185

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....185

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?..... 185

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc)

Para obtener información de nosotros de una manera que le sirva, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También tenemos materiales disponibles en otros idiomas que se hablan en el área de servicio del plan, además del ingles. También podemos darle información en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle 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 le sirva, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este envío, o puede ponerse en contacto con el Servicio para Miembros para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que reciba a tiempo los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le preste y organice sus servicios cubiertos (Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame al Servicio para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de ser remitida.

Como afiliada al plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo de tiempo razonable, la sección 11 del capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. (Si le hemos denegado la cobertura de su atención médica o de sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la sección 5 del capítulo 9 se indica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su “información de salud 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.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por 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 están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados 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 que hagamos 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 de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le brindemos diversos tipos de información. (Como se explicó antes en Sección 1.1tiene derecho a que le informemos de un modo que le resulte cómodo. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones realizadas por los miembros y la clasificación por estrellas del plan, incluyendo cómo ha sido calificado por los miembros al plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a que le informemos sobre las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web, en www.wellcare.com/allwelltx.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.**

- En los capítulos 3 y 4 de este folleto le explicamos qué servicios médicos están cubiertos, las restricciones de su cobertura y las normas que debe seguir para recibir los servicios médicos cubiertos.
- **Nota:** Nuestro plan no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que realizan revisiones de utilización, incluidos los de entidades delegadas. La toma de decisiones de la Gestión de utilización (UM) se basa únicamente en la idoneidad de la atención y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para los responsables de la toma de decisiones de la Gestión de utilización (UM) no fomentan las decisiones que dan lugar a una infrautilización.
- Para conocer los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*, le indican qué medicamentos están cubiertos y le explican las normas que debe cumplir y las restricciones de la cobertura de determinados medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación aunque haya recibido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre la atención médica o el medicamento de la Parte D que está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para saber qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estarlo, consulte Capítulo 9 de este folleto. En él encontrará información sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (Capítulo 9 también indica como presentar una queja sobre la calidad de atención, tiempos de espera y otras preocupaciones).
  - Si quiere pedir a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención sanitaria cuando acuda a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle su estado de salud y sus

opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, independientemente de su coste o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe de los riesgos que conlleva su atención médica. Se le debe informar por adelantado si cualquier atención o tratamiento médico propuesto forma parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Recibir una explicación si se le deniega la cobertura de la atención médica. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en el caso de que no pudiera tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones médicas por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que *si lo desea* puede:

- Rellenar un formulario por escrito para dar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman "**directivas anticipadas**". Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder notarial 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.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede conseguir formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que dan información sobre Medicare.
- **Rellénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas**. Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de tener una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado, y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si le ingresan en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere rellenar un documento de directivas anticipadas (incluso si quiere firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle la atención ni discriminarle por haber firmado o por no haber firmado un documento de directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante el Programa de Servicios Humanos y de Salud de TX.

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

Si tiene algún problema o duda sobre los servicios o la atención cubiertos, Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene algún problema o inquietud, o bien, si tiene alguna sugerencia para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios, comunicándose con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, el producto biológico o los dispositivos que se hayan desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o son aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos. Nuestro plan sigue lo establecido por la Determinación de cobertura local y nacional de Medicare.

En la ausencia de la determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología y las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios con el fin de asegurar que los miembros tengan acceso a la atención médica segura y eficaz al llevar a cabo una valoración crítica de la literatura médica publicada actual de evaluaciones revisadas por colegas, incluyendo las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorizados, los estudios con cohortes, los estudios de control de casos, los estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente significativos que demuestren la seguridad y eficacia, así como la revisión de evidencia que se base en las pautas desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también toma en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones realizadas por médicos practicantes, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluyendo las sociedades de especialidades médicas, los paneles de consenso u otras organizaciones de investigación y de evaluación de tecnología con reconocimiento a nivel nacional, los informes y publicaciones de agencias gubernamentales, (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos, (Food and Drug, Administration, FDA), los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH)).

Sección 1.9 ¿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 o nacionalidad, debe llamar a la **Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (o al TTY: 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local. Tiene derecho a que sea tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* trata de

discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte Capítulo 2, Sección 3.
- O, **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 teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" ('derechos y protecciones de Medicare'). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.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 teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto *Evidencia de cobertura* aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - En los capítulos 3 y 4 se detallan sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que usted paga.

- Los capítulos 5 y 6 contienen información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
  - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura en combinación cuando recibe servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que recibe de nuestro plan con los demás beneficios médicos y de medicamentos que tenga disponibles. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención sanitaria de que está inscrito en nuestro plan.**
  Muestre su tarjeta de miembro del plan y su tarjeta del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas cada vez que reciba su atención médica o medicamentos recetados 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 ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos conocen todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, no deje de preguntar. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer los objetivos del tratamiento que usted y su médico acuerden.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de forma que ayude 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 los pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan debe tener tanto la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medicaid paga por su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) O un coseguro (un

porcentaje del costo total). Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.

- Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte Capítulo 9 de este folleto tiene información sobre cómo presentar una apelación.
- Si debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a que sus ingresos son más altos (según lo declarado en su última declaración de impuestos), debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir afiliado a él.** (Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle de si tenemos un plan en su nueva zona.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saber** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo ponernos en contacto con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en Capítulo 2.
- **Llame al Servicio para los miembros para que le ayuden si tiene preguntas o dudas.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención al público de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
  - Si desea más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción 192
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 192
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 192

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 193
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 193

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 194
Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso de beneficios de Medicare o los beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas? 194

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE 195

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare 195
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 195

SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 195
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 195
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación 197
Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo presenta los detalles de su situación? 198

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 198
Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos por su atención médica 198
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 200
Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 204
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 207
Sección 6.5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica 209

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 210

Sección 7.1 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 211

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 213

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 215

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción . 215

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 219

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 222

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 224

Sección 8.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará de sus derechos 224

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 225

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 229

Sección 8.4 ¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1? 230

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto .. 233

Sección 9.1 *Esta sección se refiere únicamente a tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) 233

Sección 9.2 Le informaremos con antelación sobre la finalización de su cobertura 234

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 234

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 237

Sección 9.5 ¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1? 238

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 241

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 241

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 242

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para los miembros u otras inquietudes 244

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 244

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo" 246

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja 246

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 248

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 249

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID 249

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid 249

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que usted use para el manejo de su problema depende de dos factores:

1. Si su problema es sobre beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
    - Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
    - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

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 simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil —y a veces bastante importante— que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa a la hora de tratar su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. 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 en la Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Hay dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

También puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-512-424-6500 de 8 a.m. a 5 p.m. hora del centro, de lunes a viernes
Teletipo (TTY)	1-512-424-6597 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Texas Health and Human Services

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: Información de contacto
A	4900 N. Lamar Blvd., Brown-Heatly Building Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

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

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso de beneficios de Medicare o los beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas?

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, usted cuenta con un proceso diferente que puede utilizar para tratar su problema o queja. El proceso que utilice dependerá de si el problema se trata de beneficios de Medicare o de beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Si su problema es sobre beneficios cubiertos por Medicare, entonces, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, entonces deberá utilizar el proceso del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o de Departamento del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

En varias partes de este capítulo, se describen el proceso de Medicare y el proceso del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Para saber cuál parte debe leer, use el cuadro a continuación.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas?

(Si desea ayuda para determinar si su problema tiene que ver con beneficios de Medicare o con beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, comuníquese con Servicios para los miembros. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Mi problema es sobre **Medicare** Medicare.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare”.**

Mi problema es sobre la cobertura del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Vaya a **Sección 12** de este capítulo, **"Manejo de problemas sobre sus beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas".**

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo en donde se tratan los problemas o las quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare.**

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare** , use esta tabla:

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

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

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5 "Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para los miembros u otras inquietudes".**

SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones que tratan los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que

está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud para la decisión de cobertura se puede desestimar, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuando se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no cuenta con la autorización legal para hacerlo o bien, si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos el aviso en donde le expliquemos el motivo por el que se desestimó su solicitud o bien, cómo pedir que se revise dicha desestimación.

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 y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

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. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos terminado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, la solicitud para la decisión de cobertura se puede desestimar, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuando se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no cuenta con la autorización legal para hacerlo o bien, si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos el aviso en donde le expliquemos el motivo por el que se desestimó su solicitud o bien, cómo pedir que se revise dicha desestimación.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede solicitar 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.

- En algunas situaciones, enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión

independiente para una apelación de Nivel 2.

- En otras situaciones, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2.
- Vea **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico pueden presentar la solicitud por usted.**
  - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - Para medicamentos recetados multa por inscripción tardía de la Parte la Parte , su médico u otra persona que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **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.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX). 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse

con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo presenta los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Debido para cada situación corresponden diferentes normas y plazos, le brindamos los detalles para cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: "Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto" (*Se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (Capítulo 2, Sección 3capítulo, encontrará los números de teléfono de este programa).

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

¿Ha leído Sección 5 de este capítulo (Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos por su atención médica

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica"

en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de Medicare de la Parte B. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud para medicamentos recetados de la Parte B. En algunos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes a las normas para los artículos y los servicios médicos.

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

1. No recibe una determinada atención médica que quiere y cree que dicha atención está cubierta por su plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle a usted y usted cree que dicha atención médica está cubierto por su plan.
3. Ha recibido atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero hemos dicho que no pagaremos dicha atención médica.
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que el plan debería cubrir, y quiere solicitarle al plan que le reembolse por dicha atención médica.
5. Se le ha dicho que se reducirá o se suspenderá la cobertura de una determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, y cree que reducir o suspender dicha atención médica puede ser perjudicial para su salud.

NOTA: **Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales a estos tipos de atención médica. Esto es lo que debe leer en tales situaciones

- Sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Sección 9: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección se trata de tres servicios únicamente: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).

- Para *todas las demás* situaciones en las que se le comunique la interrupción de la atención médica que ha estado recibiendo, utilice este apartado (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 6.2.**
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a **Sección 6.3** de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

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

Paso 1: Pida a su plan que tome una decisión de cobertura al respecto de la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

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

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- 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.

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, busque Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", salvo que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para recibir un artículo o un servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud

- Para una solicitud **para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas, si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
  - **Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si usted está solicitando cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura

rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si usar los plazos de tiempo estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura "rápida"

- Por lo general, si está solicitando una decisión de cobertura rápida para recibir un artículo o servicio médico le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **dentro de las 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o dentro del 24 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- Por lo general, si está solicitando una decisión de cobertura rápida para recibir un artículo o servicio médico le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de que recibimos su solicitud.** Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 72 horas** a partir de que recibimos su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 72 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una 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.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte Sección 6**.3** que se encuentra a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **"reconsideración" del plan.**

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida**".

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
  - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de designación de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener este formulario, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX). 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.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en Capítulo 2, Sección 1 *(Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica)*
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación en un plazo no mayor a 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una

causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida" (puede solicitarla si nos llama)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **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,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta a la solicitud de un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días** calendario a partir de que recibimos su apelación si su apelación está relacionada con la cobertura de servicios que no ha recibido. Si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales por su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Con el fin de asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación, **se nos exige que enviemos su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la Organización de revisión independiente revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (del inglés "Independent Review Entity").**

Paso 1: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si usted tiene una apelación "rápida" en el Nivel 1, usted también tendrá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su apelación

de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde que recibe su apelación.

- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si usted tiene una apelación "estándar" en el Nivel 1, usted también tendrá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días** desde que recibe su apelación.
- Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días** desde que recibe su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le comunicará su respuesta.

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

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos:
  - autorizar la cobertura de atención médica en **en un plazo de 72 horas** o
  - proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de revisión independiente en el caso de **solicitudes estándar** o
  - proporcionar el servicio en un plazo de **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la Organización de revisión independiente en el caso de **solicitudes aceleradas.**
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos:
  - autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B bajo disputa en **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de revisión

independiente en el caso de **solicitudes estándar** o

- **dentro de las 24 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de revisión independiente en el caso de **solicitudes aceleradas**.

- **Si esta organización rechaza la totalidad o parte de su apelación,** quiere decir que están de acuerdo con nuestro plan en cuanto a que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de la atención médica. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
  - Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Vea Sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. Sección 10 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedir a nuestro plan que se le pague (pagarle se llama a menudo "reembolsarle"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que nuestro plan cubre. Cuando usted nos envía una factura que ya ha pagado, veremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre las decisiones de cobertura, consulte Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que ha pagado es un servicio cubierto (vea Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*). También comprobaremos si

ha seguido todas las normas de utilización de su cobertura para la atención médica (estas normas se indican en Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que ha pagado está cubierta y ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que *acepta* a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierto, o si usted *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le diremos que no pagaremos los servicios, y los motivos en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *rechaza* a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué ocurre si usted solicita el pago y nosotros decimos que no lo pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **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 apelaciones que describimos en Sección 6.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

¿Ha leído Sección 5 de este capítulo *(Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones)?* Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1 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 como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*. Para estar cubierto, 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 o avalado por ciertos libros de referencia. Vea Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).

- **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 recetado cubierto para pacientes externos" o "medicamento de la Parte D" en cada ocasión.
- Para más detalles sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*, las normas y restricciones de la cobertura, así como información sobre los costos, consulte Capítulo 5 *(Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D)* y Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se explica en Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura".**

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del*

plan , pero es obligatorio que obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).

- *Tenga en cuenta lo siguiente:* 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 se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience por **Sección 7.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la autorización del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a **Sección 7.4** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a **Sección 7.4** de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

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. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. 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 cubiertos (Formulario) del plan.*** (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.**

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan* (para más información, vaya a Capítulo 5 y busque la sección denominada Sección 4).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.**

   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - *Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento* en lugar de su versión de marca.
     - *Obtener la autorización del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento

para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).

- *Se le exige que intente primero con un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos está solicitando. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
- *Límites de cantidad.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido 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 costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir el pago de un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”.**

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte que paga del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (Medicamentos del nivel especializado).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 7.3 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 usted nos pide una excepción de nivel, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o exista la posibilidad de que le causen un efecto adverso o daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación Sección 7.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre el (los) medicamento(s) o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más información, consulte Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte medicamentos recetados de la Parte D.* O, si nos pide que le reembolsemos un medicamento, vaya a la sección llamada

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura Sección 5.2 de este capítulo le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento,** empiece por leer Capítulo 7 de este folleto: *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 explica las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos "declaración de respaldo"). 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 pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las secciones 7.2 y 7.3.
- **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 nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"determinación de cobertura acelerada".**

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", salvo que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si usar los plazos de tiempo estándar

pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en no más de 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida 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. En la sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que brindarle la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en no más de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida 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. En la sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya 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 nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir 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. En la sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o 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 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **"redeterminación" del plan.**

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener más información acerca de cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya a Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que figura en Capítulo 2, Sección 1 *(Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Si solicita un recurso rápido, puede presentar su recurso por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación en un plazo no mayor a 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.

- Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación de cobertura acelerada".**

- 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 de cobertura rápida" en Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando 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 para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en 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 una declaración por escrito en la que se le explicará por qué hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días** después de que recibamos su solicitud de un medicamento que usted aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación "rápida".
  - 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 7.6 de este capítulo, hablamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar tan rápido como su salud lo requiera, pero **no más tarde de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de 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 hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 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 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **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 3: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (del inglés "Independent Review Entity").**

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión 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.

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días** después de que recibamos su apelación si se refiere a un medicamento que usted aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos 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 haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que usted solicitó –**
  - Si Organización de revisión independiente aprobó una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
  - Si la Organización de revisión independiente aprobó una solicitud de reembolso de un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió

después de su segunda apelación.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. Sección 10 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando se le ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para preparar el día en que abandone el hospital. También le ayudarán a organizar los cuidados que pueda necesitar después de su salida.

- El día que abandone el hospital se denomina **"fecha de alta".**
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede pedir una estancia más larga en el hospital y su petición será considerada. En esta sección se explica cómo pedirlo.

Sección 8.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará de sus derechos

Durante su estancia hospitalaria cubierta, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo en los dos días siguientes a su ingreso. Si no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no entiende algo.** Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
    - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
    - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital, y su derecho a saber quién la pagará.

- Dónde plantear inquietudes que pudiera tener sobre la calidad de la atención hospitalaria
- Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto

Términos legales
La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir que se retrase su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (Sección 5.2 de este capítulo le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma de la notificación *solamente* indica que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le dirán su fecha de alta). Firmar el aviso **no *significa* que** usted esté de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Guarde su copia** de la notificación para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar de una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si quiere pedir que le cubramos los servicios de hospitalización durante más tiempo, tendrá que utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad antes de abandonar el hospital y **antes de la medianoche del día del alta.** (La "fecha de alta planificada" es la fecha que se ha establecido para que abandone el hospital).
  - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *en que* su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
  - Si usted *no* cumple este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta prevista, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista para el alta.

- Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún así desea apelar, deberá hacerlo directamente ante nosotros. Para más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Pedir una "revisión rápida" significa que está pidiendo que la organización utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales sanitarios de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les hemos proporcionado.

- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores informaron a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito en la que se indica su fecha prevista de alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta notificación escrita se llama "**Notificación detallada del alta**". Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: En el plazo de un día completo después de disponer de toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internos durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, está diciendo que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización terminará** a mediodía del día *en que* la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la organización para la mejora de la calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta prevista.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se pone en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesaria.**
- Deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1, y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación, pasando al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador.
- Sección 10 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1?

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó antes en Sección 8.2, usted debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad e iniciar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de que abandone el hospital y no más tarde de su fecha de alta prevista, lo que ocurra primero). Si se le pasa el plazo para ponerse en contacto 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 alternativa* de Nivel 1

Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”**

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, busque Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación*

sobre su atención médica

- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su caso. Comprobamos si la fecha de su alta prevista era médicamente adecuada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados 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 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 rápida,** 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 ha permanecido en el hospital *en que* de la fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si nosotros *rechaza* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Con el fin de asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación, **se nos exige que enviemos su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Si hacemos esto,

significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante el proceso de apelaciones de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (del inglés "Independent Review Entity").**

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le comunicamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de reclamo es diferente del proceso de apelación. Sección 11 La de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **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 su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costes de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios de hospitalización mientras sean médicamente necesarios. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta hospitalaria era médicamente apropiada.
    - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un

mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir adelante con ella.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede decidir entre aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- Sección 10 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que la cobertura terminará demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección se refiere únicamente a tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Servicios de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente externo en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para más información sobre este tipo de centros, consulte el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante todo el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida la parte del coste que le corresponde y las limitaciones de la cobertura que puedan aplicarse, consulte Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Cuando decidamos que ha llegado el momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar por su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra**

decisión. Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con antelación sobre la finalización de su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
   - La notificación escrita le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica.
   - La notificación escrita también le indica lo que puede hacer si quiere pedir a nuestro plan que cambie esta decisión sobre la fecha de finalización de su atención, y que siga cubriéndola durante más tiempo.

Términos legales
Al decirle lo que puede hacer, la notificación escrita le indica cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión por vía rápida).
Esta explicación por escrito se denomina **"Aviso de no cobertura de Medicare."**

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (Sección 5.2 le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma de la notificación *solamente indica* que usted ha recibido la información sobre cuándo su cobertura se detendrá. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con el plan de que es hora de dejar de recibir la atención.

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

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que ha recibido le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (para realizar una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Usted debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún así desea presentar una apelación, deberá hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener información detallada sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la sección 9.5 de este capítulo.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales sanitarios de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, y usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación se denomina **"Explicación detallada de no cobertura".**

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *acepta* su apelación, entonces **debemos seguir prestando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechaza* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo la atención sanitaria a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *en que* de la fecha de finalización de la cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelación. Si los revisores *rechaza* su Apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la organización para la mejora de la calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios de atención sanitaria a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *en que* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se pone en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **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 proporcionando cobertura** para la atención mientras sea médicamente necesaria.
- 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 que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador.
- Sección 10 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar la apelación de nivel 1?

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, usted debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si se le pasa el plazo para ponerse en contacto 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 alternativa* de Nivel 1

Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”**

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, busque Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a examinar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando servicios durante más tiempo, y que seguiremos proporcionándole 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 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 rápida,** entonces su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si ha seguido recibiendo atención sanitaria a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *en que* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si nosotros *rechaza* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Con el fin de asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación, **se nos exige que enviemos su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

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 al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE" (del inglés "Independent Review Entity").**

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le comunicamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de reclamo es diferente del proceso de apelación. Sección 11 La de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **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 su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costes de la atención que ha recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó en su primera apelación, y no la cambiarán.
    - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para

continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir adelante con ella.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador.
- Sección 10 en este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, puede pasar a otros niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué 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 (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable a usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario tras recibir la decisión del juez administrativo o del mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el juez administrativo o el mediador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  - 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. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones **de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable del nivel 3 de apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable a usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido**.**
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario tras recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  - 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, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con

quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 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 (denominado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos: **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de los recursos acelerados) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.**
  - 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. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones **de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos: **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de los recursos acelerados) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para los miembros u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica a determinados tipos de problemas *solamente.* Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales sanitarios? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Por ejemplo, que le hagan esperar demasiado tiempo al

Queja	Ejemplo
	teléfono, en la sala de espera, al obtener una receta o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales
• Lo que en esta sección se denomina **"queja"** también se denomina **"reclamo".** • Un término alternativo a **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo".** • Otra manera de decir **"utilizar el proceso para quejas"** es **"utilizar el proceso para interponer un reclamo"**

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-877-935-8023, teletipo (TTY): 711. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- **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 solicita una respuesta por escrito, le responderemos por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo)** o si su queja esta relacionada con la calidad de la atención brindada, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar su queja. Este se denomina procedimiento de queja Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece anteriormente. O bien, puede enviar una solicitud por escrito a la dirección indicada en *Apelación de la atención médica* o *Quejas sobre la atención médica* y *Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D* o *Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D* en Capítulo 2 de este folleto.
    - Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario después de lo ocurrido. Puede enviarnos la queja formalmente por escrito a la dirección indicada en *Apelación de la atención médica* o *Quejas sobre la atención médica* y *Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D* o *Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D* en Capítulo 2 de este folleto.

- Debemos informarle de nuestra decisión respecto de su queja tan pronto como lo requiera su caso con base en su estado de salud, pero a más de los 30 días calendario después de recibida su queja. Podemos otorgar una extensión del plazo hasta 14 días calendario si nos pide una extensión o si justificamos una neceSIDAd de información adicional y la demora es para su conveniencia.
- En determinados casos, usted tiene el derecho de pedir una revisión rápida de su queja. Esto se denomina procedimiento de queja acelerado. Usted tiene el derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
  - Rechazamos su solicitud para una revisión rápida de una solicitud respecto de atención médica o medicamentos de la Parte D.
  - Rechazamos su solicitud para una revisión rápida de una apelación sobre servicios o medicamentos de la Parte D rechazados.
  - Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
  - Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su apelación de atención médica denegada.

- Puede presentar este tipo de quejas por teléfono llamando a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto. También puede presentarnos la queja por escrito en la dirección indicada *Apelación de la atención médica* o *Quejas sobre la atención médica* y *Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D* o *Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D* en Capítulo 2 de este folleto.

Una vez que recibamos el reclamo acelerado (queja), un profesional clínico revisará el caso para determinar los motivos de la negación de su solicitud para una revisión rápida o si la extensión del caso era apropiada. Le comunicaremos la decisión del caso rápido de modo oral y escrito dentro de las 24 horas de recibir su queja.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida".** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado".**

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **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 demorar 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 no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención brindada,* también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
  - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, consulte en Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización

para la mejora de la calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teletipo (TTY)/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid

Si cree que se le ha negado indebidamente un servicio o el pago para un servicio que está cubierto por Medicaid, tiene derecho a apelar nuestra decisión a Medicaid. Para presentar una queja (reclamo) o apelación sobre un servicio de Medicaid, comuníquese con Medicaid. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2, Sección 6.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 252
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 252

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 252
Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid 252
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 253
Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 254
Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 254
Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? . 256

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 256
Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 256

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 258
Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. 258

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 258
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 258
Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 259
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 259

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. Sección 2 le indica *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan. Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. Sección 3 le indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. Sección 5 le describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo sus medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los afiliados tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Afiliación Anual y durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos especiales de inscripción:

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

Si usted se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Periodo de inscripción especial

para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. Sección 2.2 le ofrece más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiar?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
    - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura de medicamentos "acreditable" durante período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare).

  Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para conocer sus opciones de planes de Medicaid(Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará en este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto sucede desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado

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

  Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa sin cobertura de medicamentos acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Vea Capítulo 1, Sección 4.1 para obtener información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *uno* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede cada año del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare separado en ese momento.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para terminar su membresía en otros momentos del

año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid
  - Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare
  - Si rompemos nuestro contrato con usted
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
  - Si se inscribe en un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
  - **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. Capítulo 5, Sección 10 le informa más sobre los programas de administración de medicamentos.

  Nota: La Sección 2.1 le informa más sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (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 recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
  - – *o bien* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
    - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa sin cobertura de medicamentos acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa cobertura que se

espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Vea Capítulo 1, Sección 4.1 para obtener información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le informan más sobre el período de inscripción para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

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

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*** .
  - Todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia *del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Generalmente, para terminar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si quiere cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados separado de Medicare debe pedir que cancelen la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- --*o*-- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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 de salud de Medicare	• Inscribirse en el plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado ○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) se cancelará cuando su cobertura en Original Medicare comience.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-512-424-6500, TTY

1-512-424-6597, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Pregunte cómo unirse a otro plan o volver a Original Medicare afecta la forma en la que recibe su cobertura del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

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

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. (Consulte Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si lo hospitalizan el día en que termina su membresía, su estadía hospitalaria generalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé el alta** (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Debemos cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte medicamentos recetados de
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no cumple los requisitos de elegibilidad especial de nuestro plan, su membresía en este plan terminará después de seis meses. Recibirá un aviso de nosotros informándole el fin de su membresía y sus opciones. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de este folleto.
    - El período de elegibilidad continuada considera del plan es seis meses. El período de elegibilidad continuada considerada comienza el primer día del mes siguiente al mes en que usted pierde su estado de necesidad especial.
- 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, deberá llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- 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

¿Dónde puede obtener más información?

- Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:
- Puede llamar a **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

No podemos 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). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede efectuar un reclamo debido a nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede buscar en Capítulo 9, Sección 11 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables 262

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 262

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 262

SECCIÓN 4 Recuperación de los beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP) 263

SECCIÓN 5 Tarjeta de membresía 265

SECCIÓN 6 Contratistas independientes 265

SECCIÓN 7 Fraude contra los planes de salud 265

SECCIÓN 8 Circunstancias más allá del control del plan 266

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (teletipo (TTY): 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros 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 CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), nuestro plan 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.

SECCIÓN 4 Recuperación de los beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)

Cuando usted está lesionado

Si usted alguna vez se lesiona, se enferma o desarrolla una afección debido a las acciones de otra persona, de una compañía o de usted mismo (una "parte responsable"), nuestro plan brindará los beneficios de servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea mediante un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago relacionado con su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan o los proveedores que lo atienden se reservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya brindado mediante este plan en conformidad con la legislación estatal aplicable.

Tal y como se utiliza en esta disposición, el término "parte responsable" se refiere a cualquier persona o entidad que es real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye la asegura de responsabilidad civil o cualquier otra aseguradora de la persona o entidad responsables.

A continuación brindamos algunos ejemplos de cómo usted puede lesionarse, enfermarse o desarrollar una afección debido a las acciones de una parte responsable:

- Está en un accidente automovilístico;
- Se resbala y se cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a cualquier o a todo monto que usted recibe de la parte responsable que incluye, entre otros:

- Pagos efectuados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- Conductor no asegurado o con cobertura de un seguro insuficiente;
- Protección por lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura del dueño de dicha cobertura;
- Indemnización o acuerdo por compensación laboral o discapacidad;
- Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro de locales o de propietarios de viviendas o cobertura suplementaria;
- Cualquier acuerdo que se reciba de una demanda u otra acción legal;
- Cualquier sentencia que se reciba de una demanda u otra acción legal;
- Cualquier otro pago proveniente de cualquier otra fuente que se haya recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se aplica cuando este plan ha pagado beneficios por servicios cubiertos que usted recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable y usted o su representante

recuperan, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho de recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos proporcionados por el plan en relación a su lesión, enfermedad o afección, y (ii) usted acepta dar instrucciones a la parte responsable para que reembolse directamente al plan en nombre de usted.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted también otorga a nuestro plan un derecho de retención preferencial sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios de los servicios cubiertos pagados conforme al plan que estén asociados con su lesión, enfermedad o afección debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de que los montos se señalen específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de que se le indemnice o compense a usted totalmente por su perjuicio. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta ningún reclamo de culpa por parte de usted, ya sea por negligencia comparativa o por cualquier otro motivo. No se pueden deducir los honorarios de los abogados de la recuperación de nuestro plan, y éste no está obligado a pagar ni a contribuir al pago de los costos judiciales o de los honorarios de los abogados contratados para llevar adelante el reclamo o el juicio contra cualquier parte responsable.

Los pasos que debe tomar

Si se lesiona, enferma o desarrolla una afección por causa de un tercero, usted debe cooperar con los esfuerzos de nuestro plan y/o del proveedor que lo atiende para recuperar los gastos de estos, entre lo que se incluye:

- Informar a nuestro plan o al proveedor que lo atiende, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o del abogado de este, si usted lo conoce; el nombre y la dirección del abogado de usted, si tiene un abogado; el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros implicada; incluida una descripción de cómo se causó la lesión, enfermedad o afección.
- Llene cualquier documentación que nuestro plan o el proveedor que lo atiende puedan justificablemente requerir para ayudar a hacer cumplir el derecho de retención o de recuperación.
- Responder oportunamente a las indagatorias de nuestro plan o del médico que lo está atendiendo en cuanto el estado del caso o del reclamo y cualquier discusión sobre el acuerdo.
- Notifique de inmediato a su plan si usted o su abogado están recibiendo dinero de la(s) parte(s) responsable(s) o de cualquier otra fuente.
- Pagar el monto de derecho de retención o de recuperación de atención médica o del plan por cualquier recuperación, declaración o juicio, u otra fuente de remuneración, incluyendo el pago de todos los reembolsos adeudados a nuestro plan por el costo completo de los beneficios pagados en virtud el plan que están asociados con su lesión, enfermedad o afección debido a una parte responsable, independientemente de si está identificado específicamente como recuperación de gastos médicos o independientemente de que se lo compense parcial o completamente por su pérdida.;
- No hacer nada para perjudicar los derechos del plan, como se estableció arriba. Esto incluye, pero

no se limita a, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluirse de la declaración o recuperación del costo total de todos los beneficios pagados por el plan, o cualquier intento de denegar a nuestro plan su derecho a prioridad de recuperación o retención.

- Tener cualquier fondo que usted o su abogado reciban de la parte responsable, o de cualquier otra fuente, en custodia, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor tratante, si corresponde, por el monto de la recuperación adeudado al plan tan pronto como se le pague y antes del pague a cualquier potencial titular con derecho de retención o tercero que reclame el derecho a recuperación.
- Usted debe cooperar con nosotros para conseguir dichas recuperaciones o sobrepagos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de membresía

Una tarjeta de membresía emitida por su plan bajo este folleto de *Evidencia de cobertura* solo se emite con fines de proporcionar una identificación. La posesión de una tarjeta de membresía no otorga ningún derecho a otros servicios o beneficios bajo esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios y beneficios bajo esta *Evidencia de cobertura*, el portador de la tarjeta debe ser elegible para cobertura y debe estar inscrito como miembro bajo esta *Evidencia de cobertura*. Cualquier persona que reciba servicios a los que no tiene derecho bajo esta *Evidencia de cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de membresía del plan, no la tarjeta de Medicare, al momento del servicio. Por favor, llame a Servicios para Miembros al número que está en la contraportada de este folleto si necesita que se reemplace su tarjeta de membresía.

Nota: A cualquier miembro que, a sabiendas, permita abuso o mal uso de la tarjeta de miembro se le puede cancelar su inscripción por causa. Nuestro plan exige que se informe de una cancelación de inscripción que resulte de un abuso o mal uso de la tarjeta de membresía a la Oficina del inspector general, que puede resultar en un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados o agentes de nuestro plan y ni nuestro plan, ni ningún empleado del plan, es un empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable por la negligencia, acto ilícito, acto perjudicial u omisión de ningún proveedor participante u otro proveedor de atención médica. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude contra los planes de salud

El fraude contra el plan de salud se define como el engaño o tergiversación al plan de parte de un proveedor, miembro, empleador o cualquier persona que actúe en nombre de estos. Es un delito y puede ser sancionado. Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente participe en una actividad que pretenda defraudar al plan de atención médica al, por ejemplo, presentar un reclamo que contenga información falsa o engañosa, es culpable de fraude al plan de atención médica.

Si está preocupado sobre cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o en el formulario de Explicación de beneficios, llame a la Línea directa gratuita de fraudes del plan, al 1-866-685-8664 (teletipo (TTY): 711). La Línea directa de fraudes funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias más allá del control del plan

En la medida en que un desastre natural, guerra, insurrección, epidemia, destrucción completa o parcial de instalaciones, explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, incapacidad de una cantidad significativa de personal del grupo médico, declaración de emergencia u otros eventos similares fuera del control de nuestro plan, resulte en que las instalaciones o personal del plan no estén disponibles para proporcionar o coordinar servicios o beneficios en virtud de esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios estará limitada al requisito de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o coordinar la provisión de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de su personal o instalaciones.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. Capítulo 9 explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio – Es un área geográfica donde un plan de medicamentos recetados acepta miembros, en caso de que el plan limite la afiliación según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asistente de atención de la salud a domicilio – Un asistente de atención de la salud a domicilio proporciona servicios que no requieren de las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayudar con el cuidado personal (p.ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Asociación de prácticas independientes (Independent Practice Association, IPA) – Una asociación de médicos, incluidos los proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros. Consulte el capítulo 1, sección 8.1.

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 de emergencia.

Atención médica en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) – Los servicios de atención médica y rehabilitación con enfermería especializada que se proporcionan de manera continua, a diario, en un centro de enfermería especializada de manera continua. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Autorización previa – Es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelación de la inscripción – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La

cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra Medicare. Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados – Cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro – Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo compartido estándar – Es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido – Costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare en determinadas farmacias de pedidos

por correo de la red.

Costo de suministro – Una cuota que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento recetado.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro "paga de su bolsillo".

Cuidado asistencial – El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Cuota de costo compartido diario – Es posible que se aplique un "costo 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 costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Este es 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 "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento recetado.

Deducible – Es el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura – Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento recetado no está cubierto por 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 la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. Capítulo 9 explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización – El plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos prostéticos y ortopédicos – Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico o por cualquier otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función corporal, incluidos los suministros ortopédicos y la terapia enteral y parenteral.

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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. 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.

Estadía hospitalaria – Una estancia hospitalaria cuando a usted se le ha ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas – 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 $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen $4,430.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación – 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 el Formulario del patrocinador de su plan (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 el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Farmacia de la red – Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, 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.

Grupo médico – Una asociación de médicos, incluidos los Proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios a los inscriptos. Vea Capítulo 1, Sección 3.2.

Hospicio – Un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un

hospicio. 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. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Indicación médicamente aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Vea Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – Es un 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.

Límite de cobertura inicial – El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad – Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos") – Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

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 de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. Vea Capítulo 2, Sección 6 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – Medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía 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.

Medicamentos cubiertos – Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte el formulario para ver una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el

Congreso y no están cubiertas como D.

Medicamentos genéricos – Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan") – Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega 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.

Monto máximo que paga de su bolsillo – La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante un año calendario por servicios cubiertos de la red de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Montos que usted paga por sus primas y medicamentos recetados de la Parte A y la Parte B no cuentan para el monto máximo que usted paga de su bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, pocos miembros llegan a este monto máximo que se paga de su bolsillo). Vea Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

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 (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones: Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (Ayuda adicional), deberá conservar su cobertura de la Parte D o podría estar sujeto a una multa por inscripción tardía si alguna vez elige inscribirse en la Parte D en el futuro.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar

y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Vea Capítulo 2, Sección 4 para obtener más información sobre cómo comunicarse la QIO en su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o plan 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 recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles 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 Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D – Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos recetados, lo denominaremos Parte D).

Parte D – 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 (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones: Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Periodo de beneficios – La manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de servicios en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza a partir del primer día que usted entra a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención médica especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si entra a un centro de atención médica especializada después de que un período de beneficios ha terminado, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – Un período establecido cada año en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que la persona es elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de inscripción especial – Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, el plazo de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el 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.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que califica para cobertura de Medicare y de Medicaid.

Plan de necesidades especiales – Un tipo de plan especial de Medicare Advantage Plan que proporciona una atención médica más especializada para grupo específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes viven en un hogar de asistencia médica o para quienes sufren de afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud 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 las personas que tienen Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones conocido como 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 A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**. Todas las personas que cuentan con la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE – Un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare) – El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare – Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros que tienen 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 los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de

medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (PCP) – Su proveedor de atención primaria es el médico o cualquier otro proveedor con quien usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare usted debe ver primero a un proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Vea Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red – "Proveedor" es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. Nosotros los denominamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago en su totalidad y, en algunos casos, de coordinar y proporcionar los servicios cubiertos para miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red – Un proveedor o establecimiento con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores fuera de la red o establecimientos fuera de la red se explica en este folleto en
Capítulo 3.

Queja – El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas se aplica a determinados tipos de problemas *solamente*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo – Tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

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

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la A y la Parte B de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia – Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios para Miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Vea Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte "Ayuda adicional".

Tarjeta Flex Card – Una tarjeta de débito prepagada por el plan que se puede usar para ayudar a pagar los gastos que se pagan del bolsillo propio en proveedores de servicios dentales, de la vista y de la audición que acepten VISA.

Terapia escalonada – Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros de Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-877-935-8023 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, durante los fines de semana y los días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, nuestro sistema automatizado podría contestar su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil. Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para los miembros que no hablan inglés.
Teletipo (TTY)	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwelltx

Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) de Texas

El Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
Teletipo (TTY)	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Brown-Heatly Building, 4900 N Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA)*. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para meorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*