Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios, servicios de salud y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Wellcare No Premium (HMO)

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas acerca de este documento, contacte a Servicios para los miembros en el 1-844-796-6811 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Horario de atención: 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Este plan, Wellcare No Premium (HMO), es ofrecido por Superior Healthplan, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Superior Healthplan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Wellcare No Premium (HMO).)

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en audio, en braille, en formatos alternativos, etcétera). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

Los beneficios, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

Es posible que el formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores cambie(n) en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas al menos con 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y sus derechos. Utilice este documento para comprender:

- la prima de su plan y el costo compartido;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o un tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y,
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)
TX3CNCEOC06920S_0011
H5294_011_2023_TX_EOC_HMAPD_106147S_C
H5294011000

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们有免费的口译服务来回答您就我们的健康或药物计划提出的任何问题。如需口译员，只需拨打以下页面上的计划号码致电联系我们。会说中文普通话的人员可以协助您。此为免费服务。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulungan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Korean: 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية بمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجانًا.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

Portugués: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Aia iā mākou he mau lawelawe māhele ʻōlelo manuahi e pane i nā ʻano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a hoʻolako lāʼau. No ka ʻimi i mea māhele ʻōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau ʻaoʻao e koe nei. Na kekahi māhele ʻōlelo Hawaiʻi e kōkua iā ʻoe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numera o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totogi.

Estamos a Solo 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, PPO
1-800-275-4737

HMO D-SNP
1-800-431-9007
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.wellcare.com/fidelisNY**

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
1-888-445-8913
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

1-888-445-8913

O visite **www.wellcare.com/healthnetOR**

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORARIO DE ATENCIÓN

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

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

Evidencia de cobertura de 2023

Índice

Capítulo 1: ***Primeros pasos como miembro*** **12**

SECCIÓN 1 Introducción 12

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 13

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá 14

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Wellcare No Premium (HMO) 16

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 18

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 20

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 21

Capítulo 2: ***Números de teléfono y recursos importantes*** **24**

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 24

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 29

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 31

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 32

SECCIÓN 5 Seguro Social 33

SECCIÓN 6 Medicaid 33

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 34

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Railroad Retirement Board 38

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 38

Capítulo 3: ***Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*** **41**

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 41

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 43

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 47

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 49

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 50

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 52

SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero 53

Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 56

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 56

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar 57

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 119

Capítulo 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 125

SECCIÓN 1 Introducción 125

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 125

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 130

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 132

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 134

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 137

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 139

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta 141

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 141

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad del uso seguro y el control de medicamentos 143

Capítulo 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 147

SECCIÓN 1 Introducción 147

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento 149

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 150

SECCIÓN 4 No hay deducible para Wellcare No Premium (HMO) 152

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 152

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura 160

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 161

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene .. 161

Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 165

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 165

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 167

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o no 168

Capítulo 8: *Sus derechos y responsabilidades* 170

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 170

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 176

Capítulo 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 179

SECCIÓN 1 Introducción 179

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 179

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 180

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 181

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 184

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 192

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 202

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 209

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 215

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 218

Capítulo 10: ***Cancelación de su membresía en el plan*** **224**

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan 224

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 224

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 226

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 227

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 228

Capítulo 11: ***Avisos legales*** **231**

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 231

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 231

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 231

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare No Premium (HMO) 232

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro 234

SECCIÓN 6 Contratistas independientes 234

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud 234

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan 235

Capítulo 12: ***Definiciones de palabras importantes*** **237**

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare No Premium (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare No Premium (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

Wellcare No Premium (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura que se brinda conforme a este plan califica como Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y 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 documento *Evidencia de cobertura*?

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

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y servicios médicos y los medicamentos con receta que están a su disposición como miembro de Wellcare No Premium (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a que dedique algo de tiempo para leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan desde el 1 de enero de

2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan 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:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- *y* -- usted viva en nuestra área geográfica de servicio. (La Sección 2.2 que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- *y* -- sea ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para Wellcare No Premium (HMO)

Nuestro plan está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los condados de Aransas, Bee, Brooks, Cameron, Duval, Goliad, Hidalgo, Jim Hogg, Jim Wells, Kenedy, Kleberg, La Salle, McMullen, Nueces, Refugio, San Patricio, Starr, Victoria, Webb, Willacy, y Zapata en Texas.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, 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 disponibles 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 la Sección 5 del Capítulo 2.

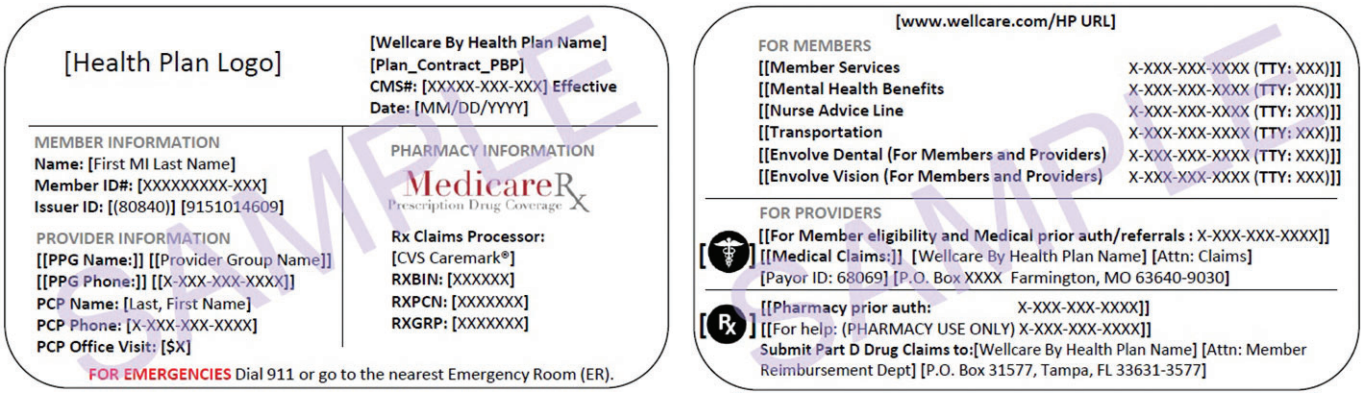
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

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



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de Wellcare No Premium (HMO), 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 clínica de rutina.

Si la tarjeta de miembro 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.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, 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.

Un grupo médico es una asociación de médicos, incluidos los proveedores de atención primaria (PCP) y los especialistas, además de otros proveedores de cuidado de la salud, incluidos los hospitales que tienen un

contrato con una HMO con el fin de proporcionar servicios a los afiliados.

Es importante que utilice a los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Los proveedores en Wellcare No Premium (HMO) están agrupados por organizaciones locales de médicos (Local Physician Organizations, LPO), las cuales están encabezadas por los proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP). La elección de PCP de un miembro determinará qué LPO de proveedores están dentro de su red de remisiones. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que puede utilizar. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Wellcare No Premium (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros. Puede solicitar a Servicios para los miembros que le proporcionen más información sobre nuestros proveedores de la red, entre ella, sus calificaciones, escuela de medicina a la que asistieron, en dónde llevaron a cabo su residencia médica y su certificación ante la Junta médica. Tanto Servicios para los miembros, como el sitio web, pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

El *Directorio de farmacias y proveedores* enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias y proveedores* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no se encuentran en la red del plan.

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

Si no tiene el *Directorio de farmacias y proveedores* puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. 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 abreviar. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Wellcare No Premium (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Wellcare No Premium (HMO).

La Lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.wellcare.com/allwellTX) o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Wellcare No Premium (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima de plan mensual por separado para nuestro plan.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período igual o superior a 63 días seguidos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. (“Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Wellcare No Premium (HMO), le informamos el monto de la multa.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe la "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como de parte de un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su seguro o su departamento de recursos humanos le comunicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información puede enviársele por carta o incluirse en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
  - **Nota**: La notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta "acreditable" de la cual se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - **Nota**: Lo siguiente *no* califica como cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. El procedimiento es el siguiente:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- A continuación, Medicare determina el monto de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional del año anterior. Para 2022 el monto promedio de la prima fue de $33.37. Este monto puede cambiar para 2023.
- Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa por la prima mensual media y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% de $33.37, lo que da como resultado $4.67. Esto se redondea a $4.70. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual de alguien que tenga una penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes que hay que tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual media puede cambiar cada año. Si la prima media nacional (determinada por Medicare) aumenta, su penalización aumentará.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará sólo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días** a partir

de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un monto adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). Este monto adicional se calcula a partir de los ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a una cantidad determinada, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

Hay cuatro maneras de pagar la multa. Las opciones de pago de la prima se indican en la solicitud de inscripción y usted eligió una forma de pago al momento de inscribirse. Puede cambiar la opción de pago de la prima que eligió durante el año llamando Servicios para los miembros.

Opción 1: puede pagar con cheque

Usted puede decidir pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D directamente a nuestro plan con un cheque o un giro postal. Deberá incluir su número de identificación de miembro del plan con su pago.

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, a más tardar, el día 1 de cada mes. Puede hacer el pago enviando un cheque o un giro postal junto con su talón de pago a:

Wellcare By Allwell

PO Box 842760

Dallas, TX 75284-2760

Los cheques y los giros postales deberán hacerse pagaderos a Wellcare No Premium (HMO), y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS). Los pagos de las primas no se pueden entregar personalmente en la oficina del plan.

Opción 2: puede pagar en línea

En lugar de enviar un cheque por correo cada mes, puede hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D sea deducida de su cuenta corriente o de ahorros o incluso se cargue directamente a su tarjeta de crédito. Puede realizar un pago único o configurar una programación mensual en www.wellcare.com/allwellTX. Asegúrese de iniciar sesión con su cuenta existente. Si es un usuario nuevo, deberá crear una cuenta. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a configurar esto.

Opción 3: puede deducir la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese a Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta forma. Con gusto le ayudaremos a configurar esto.

Opción 4: puede hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

Puede hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a configurar esto.

Cómo cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los miembros en cualquier momento del año.

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

Se debe recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del 1er. día de cada mes. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa en nuestra oficina antes del 1er. día de cada mes.

Si tiene problemas para pagar su Multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos remitirle a programas que le ayuden con sus costos.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más, sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/Asociación de Prácticas Independientes (Independent Physician Association, IPA).

Una IPA es una asociación de médicos, incluidos los PCP y los especialistas, además de otros proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen acuerdos con el plan para prestar 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 servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. 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 Medicaid)
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota**: no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio de esta información, llame a Servicios para los miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

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

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que tenga que presentar a sus otros seguros su número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

Estas normas se aplican para la cobertura del plan 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 de neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con nuestros Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de Wellcare No Premium (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros – Información de contacto
LLAME	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y los días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil. Servicios para los miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA	Wellcare by Allwell 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión o apelación 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 o sus medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
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 y el 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

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este grupo 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
FAX	1-866-226-1093
ESCRIBA A	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellTX

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
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 y el 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 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105

Método	Presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Método	Presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
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 y el 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 su atención médica

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

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
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 y el 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

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Wellcare No Premium (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
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 y el 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 No Premium (HMO) directamente ante 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 la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si usted ha recibido una factura o ha pagado servicios (como la factura de un proveedor) que usted considera que debemos pagar, es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	Solicitud de pago de servicios médicos: Member Reimbursement Dept P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640 Solicitud de pago de la Parte D: 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.
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.

Método	Medicare: información de contacto
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 documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre la elegibilidad de Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante 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 no tiene una computadora, 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 e informarles qué información busca. Ellos buscarán la información en el sitio web, y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP).

El Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) 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 Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA TENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Método	Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) (SHIP de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) (SHIP de Texas): información de contacto
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services North Austin Complex 4601 W. Guadalupe St. Austin, TX 78751-3146
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

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

KEPRO - Texas's Quality Improvement Organization está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO - Texas's Quality Improvement Organization es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO - Texas's Quality Improvement Organization:

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

Método	KEPRO - Texas's Quality Improvement Organization: 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
TTY	711
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609

Método	KEPRO - Texas's Quality Improvement Organization: información de contacto
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 8:00 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.
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 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos

médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para recibir beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifiying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Texas Department of Health and Human Services (Medicaid).

Método	Texas Department of Health and Human Services (Medicaid): información de contacto
LLAME AL	1-512-424-6500 de 8 a.m. a 5 p.m. hora central (CT), de lunes a viernes
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

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

El sitio web de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información

sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

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

Si usted reune los requisitos en forma automática para la "Ayuda adicional" Medicare enviará una carta por correo. No tendrá que aplicar. Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

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

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, 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 y comunique al representante que usted considera que califica para obtener "Ayuda adicional": Es posible que se requiera que usted proporcione alguno de los siguientes tipos de documentación (Mejor evidencia disponible):
  - una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario, que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - una copia de algún documento del Estado que confirme el estado activo en Medicaid de un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - un documento impreso del expediente de inscripción electrónica del Estado que indique el estado ante Medicaid de un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - un documento impreso de la pantalla de los sistemas del Estado de Medicaid en donde se muestre el estado ante Medicaid de un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - alguna otra documentación proporcionada por el Estado que indique el estado ante Medicaid de un mes posterior a 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 los miembros y comunique al representante que usted considera que califica para recibir 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 de un mes posterior a 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 de un mes posterior a junio del año calendario anterior; o
- un documento impreso que muestre la pantalla de los sistemas del Estado de Medicaid en donde se indique su estado de internado con base en una estancia por un mes calendario completo con fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si no puede proporcionar la documentación descrita antes, y cree que podría calificar para recibir ayuda adicional, llame a Servicios para los miembros y un representante le ayudará.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que paga 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.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen pagar medicamentos con receta, primas del plan de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), seguirá conservando el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el

formulario de ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de recetas a través de The Texas HIV Medication Program (THMP).

The Texas HIV Medication Program (THMP) es el ADAP de su estado.
The Texas HIV Medication Program (THMP) en su estado está enumerado abajo.

Método	The Texas HIV Medication Program (THMP): información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090 1-737-255-4300 de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
ESCRIBA A	DSHS HIV/STD Program P.O. Box 149347, MC 1873 Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso 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 cambia de planes, notifique a su trabajador de inscripción en el ADAP de manera que usted pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse al programa, llame a The Texas HIV Medication Program (THMP).

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Texas Kidney Health Care Program (KHC).

Método	Texas Kidney Health Care Program (KHC): información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986 1-512-776-7150 de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711

Método	Texas Kidney Health Care Program (KHC): información de contacto
ESCRIBA A	Kidney Health Care MC 1938, P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Railroad Retirement Board

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

Método	Railroad Retirement Board: 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 las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
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.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios

para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

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

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

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

Nuestro plan cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

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

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le proporciona atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red. (La Sección 2.1 de este capítulo incluye más información al respecto).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe aprobar con antelación antes de que usted use otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada, o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le conoce como darle una "remisión". Para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requieren remisiones de su PCP en caso de atención de emergencia o de servicios que se necesitan con urgencia. Hay ciertos tipos de atención que puede recibir sin una aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información acerca de 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 este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de 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 al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Llámenos para informarse sobre las normas de autorización que puede necesitar antes de solicitar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera 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 la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

Cuando usted se vuelve miembro de nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en su salud, proporciona y coordina su atención médica. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Estos incluyen médicos especializados en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Un enfermero practicante (NP), un enfermero registrado con licencia del estado con capacitación especial que brinda un nivel básico de atención médica, o un asistente médico (PA), acreditado como PCP, que brinda servicios dentro de un entorno de atención primaria también puede actuar como su PCP.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- radiografías,
- pruebas de laboratorio,
- terapias,
- atención de médicos especialistas,
- ingresos hospitalarios y,
- atención de seguimiento.

"Coordinar" sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización de nuestro plan. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Por lo general, primero verá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Le recomendamos que haga que su PCP coordine toda su atención. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor que esté consultando, necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para ciertos tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este documento para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico después del horario laboral normal, llame al consultorio del médico y lo dirigirán a su médico, un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener servicio u otro médico que brinde cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

¿Cómo elige al PCP?

Para elegir a su PCP, visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX y seleccione a un PCP de nuestra red de planes. Servicios para los miembros también puede ayudarle a elegir a un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su selección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Si hay un especialista u hospital del plan en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que los especialistas y/u hospitales estén en la red del PCP.

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar proporcionando atención médica después de dejar de ser parte de nuestra red. Para conocer los detalles particulares, comuníquese a Servicios para los miembros.

Si usted desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. Es posible que cada PCP del plan haga remisiones a ciertos especialistas del plan y use ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales que usted desea usar en particular, averigüe si el PCP del plan usa estos especialistas u hospitales.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted usa un PCP que no sea el que usted tiene asignado, podría incurrir en costos compartidos más elevados o se podrían denegar sus reclamos.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su proveedor de atención primaria (PCP).

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra COVID-19 y vacunas contra la neumonía siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia proporcionados cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando la persona inscrita se encuentre fuera del área de servicio del plan. Por

ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame 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).

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

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

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

Para que pueda ver a un especialista, por lo general, primero debe obtener la aprobación de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). A esto se le llama obtener una “remisión” a un especialista. Es muy importante obtener una remisión de su PCP antes de consultar a un especialista del plan u otros proveedores determinados. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica rutinaria de la mujer, como se explica en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista u otros proveedores, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

Si el especialista quiere que regrese para recibir atención adicional, verifique primero para asegurarse de que la remisión que recibió de su PCP para la primera visita cubra visitas adicionales al especialista u otros proveedores determinados. En algunos casos, es posible que usted, su representante o su PCP/proveedor deban obtener una autorización previa del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con al

menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está sometido a un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con el plan para solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para prestar los servicios. Tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para emergencias o servicios de urgencia o fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan porque no pueden acceder a los proveedores de la red. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo puede obtener 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 recibir atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con el plan para solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para prestar los servicios.

Tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios en caso de emergencia o de urgencia o fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a los proveedores de la red. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Obtener atención en caso de una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué hacer en caso de tener una?

Una **"emergencia médica"** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP). No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. Wellcare No Premium (HMO) incluye la cobertura de emergencias y urgencias en todo el mundo.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia**. Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Puede llamar a Servicios para los miembros o al número que aparece al dorso de su tarjeta de membresía.

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se planifique la atención adicional. 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.

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

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

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

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

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

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

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 y lo que usted paga)* para conocer el copago que se 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 asesoría 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 asesoría 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 y lo que usted paga])*, o llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan cubre servicios en caso de emergencia en todo el mundo y servicios de atención de urgencia fuera de Estados Unidos, bajo las siguientes circunstancias. Sin embargo, Medicare no cubre la atención en caso de emergencia fuera de Estados Unidos.

- Usted tiene cobertura por hasta $50,000 cuando viaje fuera de Estados Unidos bajo su cobertura para la atención médica en caso de emergencia y de urgencia. El costo que exceda este monto *no* estará cubierto.
- El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos que se adquieran mientras se está fuera de Estados Unidos *no* estarán cubiertos. Además, los costos compartidos por acudir a la sala de emergencias *no* se cancelan en caso de que se le hospitalice para recibir atención como paciente interno.
- De ser posible, comuníquese con nosotros en un plazo que no supere las 48 horas, para informarnos de su visita a la sala de emergencias.

Para obtener más información, consulte "atención de emergencia" y "servicios que se necesitan con urgencia" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este folleto, o llame a Servicios para los miembros.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

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

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

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios

médicos de este documento en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted paga por los costos una vez que se ha llegado al límite del beneficio, no cuenta para el monto máximo de lo que paga de su bolsillo. Por ejemplo, es posible que usted tenga que pagar el costo total de cualquier servicio que reciba en un centro de enfermería especializada después de que el pago de nuestro plan llegue al límite del beneficio. Una vez que haya usado el límite de su beneficio, los pagos adicionales que haga por el servicio no cuentan para el monto máximo anual de lo que paga de su bolsillo.

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

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

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

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, alguien que trabaja para el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si usted cumple con los requisitos que han establecido los científicos que están a cargo del estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para dicho estudio *y* usted comprenda por completo y acepte lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que está en un estudio clínico calificado, entonces usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios que se proporcionan en ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación en la que se indique cuánto pagó. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y recibir, a través de nuestro plan, el resto de su atención médica (aquella atención médica que no está relacionada con el estudio).

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

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le invitamos a que nos informe, por adelantado, si es que elige participar en estudios de

investigación clínica aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio de investigación clínica, que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

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

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

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio;
- los productos o los servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.

- — *y* — usted debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Su estancia en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga la autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada que de todos modos lo tendría. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones para la cobertura hospitalaria y de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero

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

El Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que solicita un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos como las prótesis. En esta sección, comentamos acerca de otros tipos de DME que usted debe rentar.

En Original Medicare, quienes rentan ciertos tipos de DME poseen el equipo después de haber pagado los copagos por dicho equipo por un periodo de 13 meses. Como miembro del plan, también hay cierto tipo de equipo médico duradero que usted obtiene en propiedad después de pagar, por un número específico de meses, los copagos correspondientes al artículo. Sus pagos anteriores que haya hecho por equipo médico duradero cuando tenía Original Medicare no se toman en cuenta para los pagos que hace mientras es miembro del plan. Si obtiene la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras es miembro de nuestro plan, y el equipo médico duradero requiere mantenimiento, el proveedor está autorizado para facturar al plan el costo de la reparación. También hay ciertos tipos de equipo duradero que usted no puede obtener en propiedad, sin importar cuántos pagos haga por ellos mientras es miembro del plan. Para obtener más información acerca de cuáles son los requisitos que debe cumplir y cuál documentación necesita proporcionar, llame a Servicios para los miembros.

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

Si no adquirió el DME en propiedad mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. Los pagos que hizo a Original Medicare no cuentan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo de DME en Original Medicare antes

de inscribirse en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió el artículo en propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Más adelante, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea los que hizo mientras estaba en nuestro plan o en Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Wellcare No Premium (HMO), cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Wellcare No Premium (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted renta el equipo. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer con la misma compañía o cambiarse a otra compañía. En este momento, comienza de nuevo el ciclo de cinco años, incluso si permanece con la misma compañía, usted debe pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si usted se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de los cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

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

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

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

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

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

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos (maximum out-of-pocket, MOOP). Para el año calendario 2023 este monto es $3,450.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no se toman en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Además, los montos que pague por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto de bolsillo que usted tiene que pagar de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $3,450, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos"

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

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

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una "remisión".
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

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

Información importante sobre beneficios para los afiliados con afecciones crónicas

- Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
  - **Enfermedades autoinmunes, limitadas a:**
    - Poliarteritis nodosa (también conocida como PAN, inflamación y debilitamiento de las arterias)
    - Polimialgia reumática (también conocida como PMR, inflamación/dolor/rigidez en hombros y caderas)
    - Polimiositis (también conocida como miopatía inflamatoria, debilidad muscular)
    - Artritis reumatoide (también conocida como AR, dolor/rigidez en las articulaciones)

    - Lupus eritematoso sistémico (también conocido como lupus)
  - **Cáncer** (excluyendo condiciones precancerosas o estado en sitio (Etapa 0))
  - **Trastornos cardiovasculares limitados a**:
    - Arritmias cardíacas (también conocidas como ritmo cardíaco anormal)
    - Trastorno tromboembólico venoso crónico (también conocido como coágulos de sangre en las piernas)
    - Enfermedad de las arterias coronarias (también conocida como antecedentes de dolores en el pecho, ataques cardíacos o endurecimiento de las arterias del corazón)
    - Enfermedad vascular periférica (también conocida como endurecimiento de las arterias de las piernas)
  - **Trastorno crónico por consumo de alcohol u otras sustancias**
  - **Insuficiencia cardíaca crónica**
  - **Trastornos pulmonares crónicos, limitados a:**
    - Asma
    - Bronquitis crónica
    - Enfisema
    - Fibrosis pulmonar (también conocida como cicatrización del tejido pulmonar)
    - Hipertensión pulmonar (también conocida como presión arterial alta en los pulmones)
  - **Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, limitadas a:**
    - Trastornos bipolares
    - Trastornos depresivos mayores
    - Trastorno paranoide
    - Esquizofrenia
    - Trastorno esquizoafectivo
  - **Demencia**
  - **Diabetes mellitus (también conocida como diabetes tipo I o tipo II)**
  - **VIH/SIDA**
  - **Enfermedad hepática en etapa terminal**
  - **Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis**
  - **Trastornos neurológicos, limitados a:**
    - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
    - Epilepsia
    - Parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
    - Enfermedad de Huntington
    - Esclerosis múltiple (EM)
    - Enfermedad de Parkinson
    - Polineuropatía
    - Estenosis espinal
    - Déficit neurológico relacionado con el accidente cerebrovascular
  - **Trastornos hematológicos graves limitados a:**
    - Anemia aplásica
    - Trastorno tromboembólico venoso crónico
    - Hemofilia
    - Púrpura trombocitopénica inmune

    - Síndrome mielodisplásico
    - Enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo de células falciformes)
  - **Accidente cerebrovascular**
- Su plan incluye Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (SSBCI). Estos beneficios complementarios solo se ofrecen a miembros de alto riesgo con enfermedades crónicas que también cumplen con los criterios adicionales de elegibilidad.
- **Los miembros deben cumplir y mantener los tres criterios de elegibilidad a continuación para calificar:**

1. El miembro debe requerir manejo de cuidados **intensivos**.
    - Basado en la evaluación del médico del paciente que ha tenido 2 o más ingresos hospitalarios en los últimos 60 días **O** que ha tenido 3 o más visitas a la sala de emergencias en los últimos 60 días.
2. El miembro debe estar en **alto riesgo** de hospitalización.
    - Basado en la evaluación del médico de que el paciente está en alto riesgo de hospitalización no planificada en los próximos 60 días.
3. El miembro debe tener un diagnóstico documentado y activo para una o más de las condiciones comórbidas y médicamente complejas que califican. La condición debe poner **en peligro la vida o limitar significativamente la salud general o la función del miembro**.
    - Después de la visita requerida al consultorio, el médico debe presentar un reclamo que muestre los códigos de diagnóstico para las condiciones elegibles que califican.

- La elegibilidad se determina a discreción de su plan a través de procesos que revisan el historial de reclamos, la clasificación de riesgos y otra información. Es posible que los miembros que no califiquen automáticamente, requieran que se comuniquen con su médico para asegurarse de que haya suficiente documentación (por ejemplo, reclamos) disponible para validar la elegibilidad. Copagos y otros costos no cubiertos por su plan pueden aplicarse.
- Se requiere la confirmación de que se han cumplido todos los criterios antes de recibir acceso a estos beneficios.
- Todos los beneficios finalizan el 31de diciembre de 2023 y los miembros deberán volver a calificar por cada año del plan.
- Para más información, comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.
- Consulte la fila "Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas" en el Cuadro de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para cuáles beneficios califica.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de detección de una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero clínico especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar (p.ej., no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etcétera); • no se relaciona con cirugía; y • no se relaciona con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento se debe cancelar si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.	$0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare que se reciben en el consultorio de un PCP. $25 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare que se reciben en el consultorio de un especialista. *Puede requerirse autorización previa.* $20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare que se reciben en el consultorio de un quiropráctico. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los asistentes médicos (physician assistants, PA), los enfermeros con práctica médica (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identifica en 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 un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan.	$250 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.* El costo compartido no se aplica si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es aplicable si se documenta que la enfermedad del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$250 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.* El costo compartido no se aplica si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
Examen físico de rutina anual El examen físico anual incluye el examen del corazón, los pulmones, el abdomen y los sistemas neurológicos, así como un examen físico integral (como cabeza, cuello y extremidades) e historial médico/familiar detallado, además de los servicios incluidos en la consulta anual de bienestar.	$0 de copago por un examen físico de rutina anual.*
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de diagnóstico cubiertas.
• Una mamografía de diagnóstico médicamente necesaria	$0 de copago por una mamografía de diagnóstico médicamente necesaria. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico.	$30 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$30 de copago por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o vaginal o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.	$20 de copago por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección	No se requiere coseguro, copago ni deducible por un examen cubierto por Medicare para la detección del cáncer colorrectal.
• Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare	$0 de copago por servicios de enema de bario cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:	
• Atención dental cubierta por Medicare (Los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o de las estructuras relacionadas con esta, tratamiento de las fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de los dientes con el fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por la enfermedad de cáncer neoplástico o bien, servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico).	Servicios cubiertos por Medicare $25 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios adicionales Hay un monto máximo de beneficios del plan de $3,000 cada año para servicios dentales integrales cubiertos. Usted es responsable de los montos que excedan el límite de beneficios.*	**Servicios adicionales**
• **Atención dental preventiva** (Los servicios cubiertos incluyen los siguientes).	**Servicios dentales preventivos**
○ Exámenes orales - 2 cada año	$0 de copago por cada examen oral.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Limpiezas (profilaxis) - 2 cada año	$0 de copago por cada limpieza.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Tratamiento con fluoruro - 1 cada año	$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Radiografías dentales - 1 set(s) cada 12 a 36 meses dependiendo del tipo de servicio	$0 de copago por consulta de radiografía dental.* *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• **Atención dental integral** (Los servicios cubiertos incluyen los siguientes.	**Atención dental integral**
○ Servicios no rutinarios - 1 cada fecha de servicio a 60 meses, según el tipo de servicio	$0 de copago por cada servicio no rutinario. * *Puede requerirse autorización previa.*
○ Servicios de diagnóstico - 1 cada año	$0 de copago por cada servicio de diagnóstico.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Servicios de restauración - 1 cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio	$0 de copago por cada servicio de restauración.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Endodoncia - 1 por diente	$0 de copago por cada servicio de endodoncia.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Periodoncia - 1 cada 6 a 36 meses, según el tipo de servicio	$0 de copago por cada servicio de periodoncia.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Extracciones - 1 por diente	$0 de copago por cada extracción.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Prostodoncia, incluyendo dentaduras postizas- cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio.	$0 de copago por cada servicio de prostodoncia.* *Puede requerirse autorización previa.*
○ Cirugía oral/maxilofacial: cada 12 a 60 meses o de por vida, según el tipo de servicio.	$0 de copago por cada servicio oral maxilofacial. * *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Otros servicios - cada 6 a 60 meses, según el tipo de servicio. Se aplican limitaciones y exclusiones. Antes de obtener servicios, se recomienda a los miembros que analicen sus opciones de tratamiento con un proveedor participante de servicios dentales de rutina. El tratamiento debe iniciarse y completarse mientras esté cubierto por el 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, de rutina no cubiertos por Medicare) deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Para preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo o para más información llame a Servicios para los miembros. En nuestro sitio web también se encuentra disponible información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, las exclusiones y las limitaciones.** Visite www.wellcare.com/allwellTX, haga clic en "Shop for Plans" en la parte superior de la página web, luego seleccione "Plan Benefit Materials". Seleccione "Evidence of Coverage (EOC)". Ubique Wellcare No Premium (HMO) en la lista para identificar los detalles de beneficios dentales de este plan.	$0 de copago por otros servicios.* *Puede requerirse autorización previa.*
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de diagnóstico de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por pruebas de diagnóstico de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.	$0 de copago para suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.	20% de coseguro por zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas cubiertos por Medicare para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Los productos OneTouch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos de pruebas para diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Para obtener más información acerca de los artículos que están en nuestra lista de suministros de pruebas para diabetes, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted usa suministros de pruebas para diabetes que no son los preferidos del plan, hable con su proveedor para obtener una receta nueva o para solicitar la autorización previa para el monitor de glucosa y las tiras reactivas no preferidos.	$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Encontrará una definición de "equipo médico duradero" en el Capítulo 12 así como en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). 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 para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Cubrimos todo el equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellTX.	Su costo compartido por la cobertura de Medicare para el equipo de oxígeno es un 20% de coseguro, cada 36 meses. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan hubiera hecho pagos de alquiler por 36 meses por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es un 20% de coseguro.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.	$125 de copago para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Usted no paga este monto si lo ingresan en un hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma enfermedad. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su condición de emergencia, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Usted tiene cobertura para atención de emergencia fuera de los Estados Unidos.	$125 de copago por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.* No se anula el costo compartido de la atención médica de emergencia en todo el mundo si lo internan en un hospital. Está cubierto por hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tarjeta Flex Card Nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepagada con un límite anual combinado de $750 para ayudarle a reducir sus gastos de bolsillo en servicios odontológicos, de la vista y de la audición.El monto de la tarjeta Flex Card de $250 es para servicios relacionados con la vista. Podrá gastar el saldo restante del dinero del beneficio en servicios odontológicos y de la audición como mejor le convenga. Todo saldo en dólares que no haya sido utilizado caducará al final del año. Este beneficio no reemplaza a los beneficios odontológicos, de la vista y de la audición y está diseñado para ayudarle a compensar ciertos gastos. No cubrirá procedimientos o gastos estéticos. La tarjeta Flex Card es únicamente para su uso personal, no puede ser vendida ni transferida ni tiene valor en efectivo. Se puede obtener un reembolso en caso de que la tarjeta falle, o para su uso con proveedores elegibles que no aceptan Visa. Para ello deberá presentar un formulario de solicitud de reembolso junto con el recibo original impreso y desglosado del proveedor. Las reclamaciones deben presentarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de compra que figura en el recibo. Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros o visitar nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.	$0 de copago*
Programas de educación sobre la salud y el bienestar **Línea de asesoría de enfermería (Nurse Advice Line)** Asesoramiento telefónico gratuito y consejo de enfermería por parte de personal clínico capacitado. La línea de consejo de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar con las preguntas relacionadas con la salud que usted tenga. Puede comunicarse a la línea de consejo de enfermería a través del número de teléfono que figura en su tarjeta de miembro o llamando a Servicios para los miembros y pida que lo transfieran a la línea de consejo de enfermería.	$0 de copago por la línea de asesoría de enfermería.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa de acondicionamiento físico Nuestro plan cubre una membresía para ayudar a mantener un estilo de vida activo y saludable. Como miembro de acondicionamiento físico, usted tiene acceso a las siguientes funciones sin costo alguno: • Membresía en gimnasio: elija entre una serie de centros de acondicionamiento físico que participan en la red de fitness • Kits de ejercicios en el hogar: si no puede visitar un gimnasio o prefiere hacer ejercicio en casa, puede elegir entre una variedad de kits de ejercicios en el hogar, incluido un rastreador de ejercicios portátil. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficios • Programa de acondicionamiento físico digital: elija entre miles de videos de ejercicios a pedido a través de la biblioteca digital • Programa de Coaching para el Envejecimiento Saludable 1:1 • Club de bienestar: descubra recursos adaptados a sus intereses y objetivos, incluidos artículos, videos y clases y eventos de transmisión en vivos Para obtener más información sobre el beneficio de acondicionamiento físico, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.	$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (es decir, de rutina):	$25 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.* Servicios auditivos complementarios (es decir, de rutina):

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 1 examen de audición rutinario cada año.	$0 de copago por 1 examen de audición rutinario cada año.* *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*
• 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.	$0 de copago por 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.* *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*
• 1 audífono no implantable por oído, hasta un máximo de $750 cada año. Se limita a 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía estándar de 1 año y 1 paquete de baterías. Usted es responsable por los costos de los audífonos que superen el máximo del beneficio. Los audífonos adicionales no están cubiertos. Los servicios de audición de rutina deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan.Para obtener más información sobre los beneficios y la información de contacto de su proveedor de audición, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellTX	$0 de copago por 2 audífono(s) cada año.* *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	$0 de copago por cada servicio de agencia de salud a domicilio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados según el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertos por los beneficios de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro de terapia de infusión a domicilio además de medicamentos afines administrados por un proveedor capacitado para terapia de infusión en el hogar	$0 de copago por servicios profesionales de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. $25 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos los servicios de enfermería, de capacitación y educativos, el monitoreo remoto y los servicios de monitoreo. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	El equipo y los suministros para infusión a domicilio están cubiertos a través del beneficio de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Consulte la sección "Equipo médico duradero y suministros relacionados" para obtener información sobre costos compartidos. Los medicamentos para infusión a domicilio están cubiertos a través del beneficio de Medicamentos de la Parte B de Medicare. Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" para obtener información sobre costos compartidos.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que usted reciba atención de parte de cualquier programa de hospicios certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los cuales tiene un interés financiero. El médico de su hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por nuestro plan. El costo compartido por los servicios de un médico se pueden aplicar a los servicios de consulta en un hospicio. Consulte la Sección "Servicios de un médico/practicante médico" de esta tabla para obtener información sobre los costos compartidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Cuando ingresa en un hospicio, usted tiene el derecho de permanecer en su plan; si elige permanecer en el plan debe seguir pagando las primas. Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado 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. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como cuando hay el requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare)	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Nuestro plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal por la que se encuentra en el hospicio, usted paga el costo compartido.Si están relacionados con su afección terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía; • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias; • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • Vacuna contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19); • Otras vacunas si su salud está en peligro y si estas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y COVID-19. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare que se encuentra en esta tabla para saber cuál es el costo compartido aplicable. *Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos 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 anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Usted tiene cobertura para días ilimitados de hospitalizaciones cubiertas por Medicare para pacientes internados.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $125 de copago por día por los días 1 al 8 y $0 de copago por día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria. $0 de copago por días cubiertos adicionales.* *Original Medicare cubre 90 días de atención hospitalaria aguda para pacientes internados. Nuestro plan ofrece días adicionales de internación en el hospital cuando sea médicamente necesario. El costo compartido, si corresponde, para estos días, no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados	*Puede requerirse autorización previa.*
• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si su plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted	No se aplican los períodos de beneficios de hospital de Medicare. Para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, los costos compartidos descritos anteriormente se aplican cada vez que ingresa en el hospital. Una transferencia a un centro separado (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados agudos u otro hospital de cuidados agudos) se considera una nueva admisión. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día del alta.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También, puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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 cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $125 de copago por día por los días 1 al 7 y $0 de copago por día por los días 8 al 90 para atención de salud mental. $0 de copago al día por días de reserva de por vida. Los días adicionales de reserva de por vida son días que el plan pagará cuando los miembros estén en el hospital por más días que el número de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que se pueden usar durante su vida. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Está cubierto durante 90 días por admisión para estancias cubiertas por Medicare. Hay un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no es aplicable a los servicios de salud mental brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Si ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, solo tendrá derecho a recibir el resto de los días de por vida.	*Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare no aplican. En el caso de atención mental para pacientes internados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que usted sea hospitalizado. El ser transferido a un centro distinto (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados de cuidados agudos o a otro hospital de cuidados agudos) se considera una hospitalización nueva. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día de alta.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Terapias por radiografías, radio e isotopos, incluidos los materiales y servicios del personal técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Los servicios de la lista seguirán teniendo cobertura con los montos de costos compartidos que figuran en esta tabla de beneficios para el servicio específico.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Comidas	
Comidas después de cuidados agudos: • Para miembros que fueron dados de baja de un centro para pacientes internados (hospital, centro de atención de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados), el plan proporcionará un máximo de 3 comidas por día durante 14 días por un total de 42 comidas sin costo alguno para usted. Puede optar por recibir comidas frescas congeladas, comidas no perecederas o una caja de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite total de beneficios, con un máximo de una caja de batidos por instancia.	$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesario cubierto por el plan para después de que el paciente ha estado hospitalizado en cuidados agudos.* *Puede requerirse una remisión.*
Comidas para miembros con afecciones crónicas Los miembros que tengan ciertas afecciones crónicas y se encuentren bajo atención médica administrada pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para su transición a las modificaciones de su estilo de vida. • Las enfermedades crónicas eligibles incluyen el SIDA, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad de las arterias coronarias, la diabetes y la hipertensión. • Usted puede recibir un máximo de 3 comidas saludables al día por hasta 28 días, con un máximo de 84 comidas por mes. Este beneficio se puede usar durante un máximo de 3 meses por año. • Dependiendo de la disponibilidad, puede elegir entre recibir comidas frescas congeladas, comidas que no necesitan refrigeración y/o una caja de batidos nutricionales. Puede elegir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite mensual, con un máximo de una caja de batidos por mes.	$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesario cubierto por el plan para personas con afecciones crónicas. * *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no que reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando sea por orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si se encuentra 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 al tratamiento escalonado. 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://wellcare.superiorhealthplan.com/steptherapyb También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y de la Parte D. En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que usted debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos. Lo que le corresponde por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	20% de coseguro por medicamentos por quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio nutricional/dietético Cubrimos sesiones de asesoramiento a través de un dietista registrado o un profesional de la nutrición, con una orden de su médico, para abordar 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 cuidado personal. Puede acceder a estos servicios adicionales por teléfono y en línea utilizando Teladoc, el proveedor de visitas virtuales de nuestro plan. Para más información o para concertar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$0 de copago por cada consulta individual de asesoría nutricional/dietética.*
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde • Entrega y administración de los medicamentos del tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	$25 de copago por cada consulta de tratamiento para opioides cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Radiografías	$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros	20% de coseguro por servicios de terapia radiológica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	20% de coseguro por suministros médicos incluyendo yesos y entablillados cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	$0 de copago para procedimientos y pruebas de laboratorio y diagnóstico relacionados con **COVID-19**. $0 de copago por todos los demás servicios de laboratorio cubiertos por Medicare (por ejemplo, análisis de orina). *Puede requerirse autorización previa.*
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total 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 externos – Servicios de diagnóstico no radiológicos (por ejemplo, pruebas de alergias o electrocardiograma)	$50 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas de alergias o electrocardiograma) cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos (incluye pruebas complejas como CT, MRI, MRA, SPECT) - Servicios de diagnóstico radiológico, sin incluir radiografías simples.	$75 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en el consultorio de un proveedor o en un centro independiente. $195 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un hospital para pacientes externos. *Puede requerirse autorización previa.*
• Espirometría para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La espirometría es una prueba común que se hace en el consultorio con el fin de comprobar cuán bien están funcionando sus pulmones una vez que se le da tratamiento para la EPOC.	$0 de copago por espirometría para miembros con un diagnóstico de EPOC. *Puede requerirse autorización previa.* Si usted recibe varios servicios de la misma categoría en el mismo día en el mismo centro, será responsable solo de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en el mismo centro. Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo permitido), es posible que tenga que pagar tanto el copago como el coseguro.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de	$125 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado de observación en una sala de emergencias. $195 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando entra en estado

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicare y considerarse 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 dejado por escrito una orden para que se le admita a usted como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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.	de observación en un centro para pacientes externos. Los costos adicionales aplicarán para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesario(s) que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	Usted paga el monto aplicable de los costos que le corresponden como se muestran en esta Tabla de beneficios médicos para el servicio en particular. Si usted recibe varios servicios de la misma categoría en el mismo día en el mismo centro, será responsable solo de pagar el monto máximo de copago para esa categoría de servicio en el mismo centro. Sin embargo, si el beneficio de

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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.	un servicio es un copago (monto fijo en dólares) y el beneficio de otro servicio es un coseguro (porcentaje del costo permitido), es posible que tenga que pagar tanto el copago como el coseguro.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios prestados por un psiquiatra	$25 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. *Puede requerirse autorización previa.* $25 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios proporcionados por otros proveedores de la atención para la salud mental	$25 de copago por cada consulta para terapia individual cubierta por Medicare con otro profesional de atención de salud mental. *Puede requerirse autorización previa.* $25 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare con otro profesional de atención de salud mental. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios prestados por un fisioterapeuta	$20 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$20 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje	$20 de copago por cada consulta de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para trastornos por consumo de sustancias, como sesiones de terapia individual y grupal proporcionadas por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional o programa de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado.	$25 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* $25 de copago por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del 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 para pacientes externos	$195 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	$150 de copago por cada consulta a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Productos de venta sin receta Solo usted puede usar su beneficio, y los productos de venta sin receta están destinados solo para su uso. Conseguir tus artículos es fácil: Nuestro plan ofrece un beneficio de $99 cada tres meses para gastar en elementos de venta libre aprobados por el plan a través de CVS. Tiene la flexibilidad de comprar artículos de venta sin receta (Over-the-counter, OTC) elegibles del catálogo por teléfono, en línea o en tiendas minoristas CVS con su tarjeta de identificación de miembro. Puede hacer un pedido a través del catálogo en línea en www.cvs.com/otchs/allwell o por teléfono llamando a 1-866-528-4679 (TTY 711), y le enviaremos sus artículos a su puerta sin costo adicional para usted. Tenga en cuenta que el catálogo 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. No hay límite de pedidos para compras en la tienda, hasta el límite permitido en las ubicaciones participantes. Pueden aplicarse limitaciones adicionales a la cantidad de ciertos artículos por trimestre, indicados en el catálogo. **Nota:** En determinadas circunstancias, los equipos de diagnóstico (como equipos para diagnosticar la presión arterial, el colesterol, la diabetes, las pruebas de detección colorrectales y el VIH) y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Para obtener los artículos y equipos enumerados anteriormente, debe (cuando sea posible) usar los otros beneficios de nuestro plan en lugar de gastar su asignación en dólares para productos de venta sin receta.	$0 de copago*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	$55 de copago por hospitalización parcial por día cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare.
• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación	Consulte “Cirugía para pacientes externos” en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables a las visitas a centros quirúrgicos ambulatorios o en centros hospitalarios para pacientes externos.
• Consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un especialista	$25 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Otros profesionales de la salud	$0 de copago por cada consulta con otros profesionales de atención médica en un consultorio de atención primaria. $25 de copago por servicios recibidos de otros profesionales del cuidado de la salud en todos los demás lugares. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	$25 de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*
• Ciertos servicios de telesalud, incluidos: Servicios de urgencia, servicios de salud en el hogar, médico de atención primaria, terapia ocupacional, médico especialista, sesiones individuales para salud mental, servicios de podología, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales para servicios psiquiátricos, de fisioterapia y de patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes externos y capacitación para el autocontrol de la diabetes. ○ 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 utilizar a un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Nuestro plan ofrece, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acceso a consultas virtuales con médicos certificados por la junta médica, mediante Teladoc, para ayudarlo a abordar una amplia variedad de preguntas e inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, medicina general, salud conductual y dermatología. Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud) es una consulta con un médico, o bien por teléfono, o bien por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara. Para más información o para concertar una cita, llame a Teladoc, al 1-800-835-2362 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$0 de copago para los servicios de visita virtual realizados a través de Teladoc. Tome en cuenta que: El $0 de copago mencionado antes solo aplica cuando se reciben servicios de Teladoc. Si usted recibe servicios en persona o de telemedicina de un proveedor de la red, y no de parte del proveedor de servicios virtual, usted pagará lo que le corresponde del costo establecido para dichos proveedores como se describe en esta tabla de beneficios (por ejemplo, si usted recibe servicios de telemedicina de su PCP, usted pagará lo que le corresponde pagar por los servicios de su PCP). *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare
 	
• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar o en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro
 	
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación
 	
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación
 	
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales si:
  ○ Usted tiene una consulta en persona en un plazo de 6 meses previos a su primera consulta de telesalud
  ○ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
  ○ En ciertas circunstancias es posible hacer excepciones a lo anterior
 	
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental ofrecidos por las Clínicas de salud rural y los centros de salud calificados por el gobierno federal (Rural Health Clinics and Federally Qualified Health Centers)	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **si**: ○ no es paciente nuevo **y** ○ el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba).
• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ no es paciente nuevo **y** ○ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días **y** ○ la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba).
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba)
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	Usted pagará el costo compartido que se aplica al proveedor (como se describe en "Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio del médico" más arriba).
• Atención dental 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)	$25 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Además de los costos compartidos mencionados arriba, habrá un copago y/o un coseguro por los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para el equipo médico duradero y los suministros, para las pruebas de diagnóstico para pacientes externos y para los servicios terapéuticos, los anteojos y los lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, medicamentos con receta de la Parte D y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, como se describe en esta Tabla de beneficios.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores	$25 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal	$0 de copago por examen rectal digital anual cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección).	20% de coseguro para prótesis u órtesis cubiertas por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* 20% de coseguro por suministros médicos relacionados con dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	$20 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembros debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y una consulta de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas 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 infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida	20% de coseguro por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se tiene acceso a él de manera temporal).	20% de coseguro por tratamientos de diálisis renal para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial)	Consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados" para conocer los costos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes internados.
• Capacitación para la autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	20% de coseguro por la capacitación para la autodiálisis cubierta por Medicare.
• Equipo y suministros para diálisis en su hogar	20% de coseguro por equipos de diálisis en el hogar cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* 20% de coseguro por suministros para diálisis cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)	20% de coseguro por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.
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”.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF", por "Skilled Nursing Facility").	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por día por los días 1 al 20, $196 de copago por día por los días 21 al 40, y $0 de copago por día por los días 41 al 100 para atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Usted está cubierto por 100 días por hospitalización/internación. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada (Skilled nursing services, SNS). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total 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 proporcionados normalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por SNF. • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF. • Servicios de médicos/practicantes.	*Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea 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 que usted se retire del hospital	Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día del alta.
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 por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Sesiones adicionales para dejar de fumar: Nuestro plan también cubre hasta 5 consultas adicionales de asesoramiento para dejar de fumar, por Internet y por teléfono. Las consultas son ofrecidas por médicos capacitados, e incluyen orientación sobre los pasos del cambio, planificación, asesoramiento y educación. Este beneficio está disponible solamente a través de nuestro proveedor de telesalud Teladoc. Para más información o para concertar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a Servicios para los miembros o visitar nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.	$0 de copago por sesiones adicionales para dejar de fumar.*
Beneficios complementarios especialies para quienes tienen enfermedades crónicas Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para ciertos afiliados sin costo alguno para usted. Para calificar para estos beneficios, debe cumplir con criterios específicos, como obtener un diagnóstico activo de una o más afecciones comórbidas y médicamente complejas que califiquen como tales. La afección debe poner en peligro la vida o limitar significativamente la salud general o la función del afiliado. Además, el afiliado debe requerir manejo de cuidados intensivos y estar en alto riesgo de hospitalización. Para obtener una lista completa de las afecciones y criterios de elegibilidad detallados, visite el Capítulo 4, Sección 2.1. Si cree que cumple con los criterios y desea obtener más información sobre los siguientes beneficios, como la forma en que puede recibirlos, llame a Servicios para miembros. Si cumple los criterios, podrá recibir el (los) siguiente(s) beneficio(s):	*Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.* Algunos beneficios pueden no estar disponibles en ciertas ubicaciones.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tarjeta para pagar por los servicios Utility Flex Card Si es elegible, el plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepagada con un límite de $50 al mes para ayudarle a cubrir el costo de los servicios de su hogar. Este beneficio es únicamente para su uso personal, no puede ser vendido ni transferido ni tiene valor en efectivo. Cualquier monto en dólares que no se haya utilizado en beneficio de la tarjeta Utility Flex Card expira al final de cada mes. Los servicios aprobados para este beneficio incluyen: - Electricidad, gas, servicios sanitarios y de agua - Servicio telefónico de línea fija y móvil - Servicio de televisión por cable - Ciertos gastos de combustible, como el aceite para la calefacción del hogar Tenga en cuenta: si se determina que usted es elegible para el beneficio de la tarjeta Utility Flex Card, no recibirá una tarjeta Visa prepaga adicional por correo. El dinero en dólares correspondiente al beneficio aplicable a los servicios públicos se añadirá automáticamente a su tarjeta de débito Visa prepaga que recibió como parte del beneficio de la tarjeta Flex Card. Si no ha recibido su tarjeta prepaga Visa Flex Card, llame a Servicios para los miembros. Se puede obtener un reembolso en caso de que la tarjeta falle, o para su uso con proveedores elegibles que no aceptan Visa. Para ello deberá presentar un formulario de solicitud de reembolso junto con el recibo original impreso y desglosado del proveedor. Las reclamaciones deben presentarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de compra que figura en el recibo.	**Tarjeta para pagar los servicios Utility Flex Card:** $0 de copago*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, 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 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.	$20 de copago por cada consulta de ejercicio supervisado cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de transporte (adicional de rutina) Nuestro plan cubre hasta un total de 60 viajes para transporte terrestre de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Este beneficio está disponible para ayudarle a obtener la atención y los servicios que son médicamente necesarios. Los viajes están limitados a distancias de 75 millas, un tramo, a menos que sean aprobados previamente por el plan. Llame al menos con 72 horas de antelación para programar viajes de rutina, o en cualquier momento para viajes de urgencia. Algunos sitios pueden estar excluidos. Para obtener más información sobre los sitios aprobados por el plan, llame a Servicios para los miembros. Tome en cuenta lo siguiente: Los servicios de transporte médicamente necesarios deben ser recibidos por parte de un proveedor dentro de la red para que estén cubiertos por el plan. Los vehículos pueden transportar a varios pasajeros al mismo tiempo y, durante el viaje, pueden detenerse en ubicaciones que no corresponden con el destino del miembro. Asegúrese de mencionar cualquier necesidad especial o preferencia al momento de programar su viaje.	$0 de copago por viaje. Se considera un viaje traslado de un tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.* *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de urgencia necesarios Servicios que se necesitan con urgencia, que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección no prevista que no representa una emergencia y requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia de parte de un proveedor fuera de la red.	$35 de copago por consultas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare. El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 24 horas por la misma afección.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios de urgencia fuera de Estados Unidos están cubiertos.	$125 de copago por los servicios urgentes fuera de Estados Unidos.* El costo compartido de la consulta de servicios de urgencia en todo el mundo no se anula si es admitido para atención hospitalaria como paciente hospitalizado. Está cubierto por 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	$25 de copago por todos los demás exámenes de la vista para diagnosticar y tratar las enfermedades de los ojos. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse 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 con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más	$0 de copago por una evaluación cubierta por Medicare de glaucoma.
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	$0 de copago por exámenes de retina para miembros con diabetes cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene 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).	$0 de copago para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse 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 la vista rutinario cada año. El examen de la vista rutinario incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de padecerlo y un examen de retina para los diabéticos.	$0 de copago por 1 examen ocular de rutina cada año.* *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*
• Sin límite de pares de anteojos con receta cada año hasta un beneficio máximo de $300 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Solo lentes para anteojos o ○ Solo marcos para anteojos o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones en material óptico para corregir la vista Nota: El plan cubre la tarifa de ajuste de lentes de contacto. La cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de $300 cada año se aplica al costo minorista de monturas y/o lentes (incluidas las opciones de lentes, como tintes y revestimientos).Usted es responsable de cualquier costo que supere el beneficio máximo para anteojos o lentes de contacto complementarios (es decir, de rutina).* Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo complementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio complementario de anteojos o lentes de contacto para aumentar su cobertura de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare.	$0 de copago por anteojos o lentes de contacto.* *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios para la atención de la vista deben obtenerse a través de la red de atención a la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar a un proveedor o para obtener más información llame a Servicios para los miembros o visítenos en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX.	
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. 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 la consulta de Bienvenida a los servicios preventivos	$0 de copago para cada electrocardiograma cubierto por Medicare después de la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto en los

casos específicos mencionados. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. Esta es la única excepción si el servicio se apela y se decide: en la apelación que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible en ciertas circunstancias para las personas con dolor crónico de la espalda baja.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en casos de lesión accidental o para la mejoría del funcionamiento de una parte del cuerpo deformada. • Cubiertos en todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía; así como, para la mama no afectada con el fin de producir una apariencia simétrica.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	√	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare ha determinado que no se aceptan por lo general por la comunidad médica.		Pueden cubrirse por Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cuotas cobradas por atención proporcionada por sus familiares inmediatos o por miembros del núcleo de su hogar.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio.	√	
Comidas que se entregan a domicilio		√

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Los servicios de amas de llave incluyen asistencia doméstica básica, incluidas tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	√	
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternativos).	√	
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		El calzado que es parte de un dispositivo ortopédico de una pierna y que está incluido en el costo del dispositivo ortopédico. Los zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas que padecen la enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación de hospital o de un establecimiento de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	√	
Habitación privada en un hospital		Cubierta solo cuando es médicamente necesaria.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista débil	√	

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos sin importar cuál sea la condición	Con cobertura solamente en condiciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	√	
Atención quiropráctica rutinaria		Está cubierta la manipulación manual de la médula espinal para corregir la subluxación.
Atención rutinaria del pie		Se proporciona alguna cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare guidelines, p.ej., si usted tiene diabetes.
Servicios que no se consideran razonables y necesarios de acuerdo con las normas de Original Medicare	√	

CAPÍTULO 5

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B de Medicare y la cobertura de medicamentos de hospicio, consulte el Capítulo 4.

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

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

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

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 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 farmacias y proveedores*, visitar nuestro sitio web (www.wellcare.com/allwellTX) o llamar a Servicios para los miembros.

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

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

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

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los 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 (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 farmacias y proveedores* o llame a Servicios para los miembros.

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.**

Su copago puede ser menor si utiliza el servicio de pedido por correo preferido por el plan. Para más detalles, consulte la tabla del Capítulo 6, Sección 5.4.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a nuestro servicio de pedido por correo de Servicios para miembros al 1-866-808-7471 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en Caremark.com.

Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté en la red del plan, su receta no estará cubierta.

Por lo general, una farmacia con servicio de pedido por correo le entregará su pedido en un máximo de 14 días. Sin embargo, a veces su receta de pedido por correo puede demorarse. Para los medicamentos a largo plazo que necesite de inmediato, pídale a su médico dos recetas: una para un suministro de 30 días para surtir en una farmacia minorista participante y otra para un suministro a largo plazo para surtir por correo. Si tiene algún problema para surtir su suministro de 30 días en una farmacia minorista participante cuando se retrase su receta de pedido por correo, pídale a su farmacia minorista que llame a nuestro Centro de servicio para proveedores al 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir asistencia. Los miembros pueden llamar al servicio de pedido por correo de Servicios para los miembros al 1-866-808-7471 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en Caremark.com

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 llamando a Servicios para los miembros de pedidos por correo al 1-866-808-7471, (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de 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 llamando a Servicios para los miembros de pedidos por correo al 1-866-808-7471, (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de 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. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar que se envíe, demore o cancele la nueva receta.

Para cancelar sus entregas automáticas de recetas nuevas de medicamentos recibidos directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros al ponerse en contacto con Servicios para los miembros de pedidos por correo al 1-866-808-7471, (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en Caremark.com.

Resurtidos de medicamentos con receta 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, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que el medicamento con receta que tiene se acabe para asegurarse de que su pedido se le envíe a tiempo.

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

- **CVS Caremark: 1-866-808-7471 (Los usuarios de teletipo [TTY] pueden llamar al 711).**

Si recibe por correo un medicamento resurtido automáticamente que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 Cómo 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 medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias y proveedores* le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos

por correo. Lea Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta 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 con receta 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 con receta 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 con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan 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 obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos 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 un medicamento con receta obtenido en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento con receta. Para saber cómo enviar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2, del Capítulo 7, *Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido*.

También puede llamar a Servicios para los miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja.

No podemos pagar ningún medicamento con receta que se obtenga en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en el caso de una emergencia médica.

- **Emergencia médica:** ¿qué sucede si necesito un medicamento con receta debido a una emergencia médica o porque necesito atención de urgencia?

Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si los medicamentos con receta están relacionados 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 obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos 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 un medicamento con receta obtenido en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento con receta. Para saber cómo enviar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2, del Capítulo 7, *Cómo pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que ha recibido*.

- **Situaciones adicionales:** en otras ocasiones, puede obtener cobertura para su medicamento con receta si va a una farmacia fuera de la red.

Cubriremos su medicamento con receta en una farmacia fuera de la red si aplica al menos una de las siguientes situaciones:

- 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 en automóvil, que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de obtener un medicamento con receta que no se encuentra regularmente en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si recibirá 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 con receta. 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2, del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien,* avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 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 podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas) incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marcas no preferidas y 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 más alto de costos compartidos.
- Nivel 6 (Medicamentos de atención selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para evitar enfermedades (vacunas). Este es el nivel más bajo de costos compartidos.

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

El monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se incluye en el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta 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 por 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 los 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.

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 los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor

a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que, usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese a Servicios para los miembros para conocer qué es lo que usted o su proveedor necesita para hacer que cubramos el medicamento. Si quiere que nosotros le anulemos la restricción, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no anularle la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Normalmente, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, cuesta menos. **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 en lugar del medicamento de marca.** 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**”. Esto se hace para garantizar la seguridad de los medicamento y ayudar 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 le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, 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 **"tratamiento escalonado".**

Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

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

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

Hay situaciones 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. Tal como se explicó en la Sección 4.
- 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.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento 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.
- Puede cambiar a otro medicamento.

- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un 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 es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento en una farmacia minorista, o 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **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 emergencia para 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 dudas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

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. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre la posibilidad de que exista un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los 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.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción 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, le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica 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 los 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.

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, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos de 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.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**.
- **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. También actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan 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. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. 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 cuando agregamos un nuevo medicamento genérico.
- Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. 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
- Usted o su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos retirados 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 de la Lista de medicamentos 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.
  - En el caso de estos cambios, debemos enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en la que se le indique el cambio, o darle un aviso del cambio y un suministro por 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de una farmacia de atención a largo plazo por un resurtido de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe colaborar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con cualquier restricción nueva del medicamento que está tomando.

- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios a la Lista de medicamentos que no le afectarán durante este año del plan

Hacemos cambios a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no aplicará a usted si actualmente está tomando el medicamento al momento en el que se hace el cambio; sin embargo, es posible que los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Imponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- 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 sino 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 le informaremos directamente sobre este tipos de cambios durante el año del plan actual. Deberá revisar la Lista de medicamentos del siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hubo cambios a alguno de los medicamentos que está tomando que le afecten durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo(a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

- Nuestro plan no 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 (FDA).
    - La cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones fluoradas
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes 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 para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Cubrimos algunos medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil. Estos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad. El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento).

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

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su información de la membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre la información de su membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

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

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

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

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

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

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

Normalmente, un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención de largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que el centro usa, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias y proveedores* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo o la que el centro usa forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para los miembros. Si se encuentra en un centro de

atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted reciba rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesita un medicamento no incluido en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna forma?

Consulte la Sección 5.2 sobre suministros temporales o de emergencia

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

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

En general, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *secundaria* con respecto 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 con receta para el año calendario siguiente es “acreditable”.

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

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p.ej., medicamentos para controlar las náuseas, laxantes, medicamento para el dolor o medicamentos para controlar la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque esto no se relaciona con su enfermedad terminal y afecciones relacionada, nuestro plan debe recibir una aviso, ya sea de parte de la persona autorizada para emitir sus recetas, o de parte de su proveedor de servicios de hospicio, en el que se indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Con el fin de evitar demoras para recibir estos medicamentos que nuestro plan debe cubrir, solicite a su proveedor de servicios de hospicio o a la persona

autorizada para emitir sus recetas que proporcione el aviso antes de que se surta el medicamento con receta.

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

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad del uso seguro y el control de medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a que los miembros usen los medicamentos con seguridad

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, 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, o bien, si tuvo una sobredosis reciente de opioides, 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 hace de medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las 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 tenemos planificado limitar la manera en que pude obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará la limitación que consideramos que debemos aplicar a su caso. Usted 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 o con la limitación, 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 seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican para su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con cáncer activo 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 (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para recibir asistencia en el uso seguro de sus opioides, pueden obtener los servicios a través de un Programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, pueden hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, las cantidades

que toma de los medicamentos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros que se encuentran en el Programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea 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 este programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 6

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Nosotros le enviamos 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 con receta), 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 este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS."

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas normas.

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay varios tipos de costos que posiblemente deba pagar de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

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

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo. Estas son las

reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

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

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

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

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa "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.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

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

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

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del

plan para la cobertura fuera de la red.

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

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

¿Cómo se puede llevar un registro de los costos totales que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe que recibe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $7,400 en el año, en este informe, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta en nuestro plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una

receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones de la 4 hasta la 7 de este capítulo. Las etapas son:

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

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina - usted no paga más de $35 por el suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentra este.

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

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

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

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el costo total del medicamento, 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 los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio en el precio desde la primera vez que obtuvo el medicamento para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de

medicamento con receta que puedan estar disponibles.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de estos gastos, envíenos copias de estos recibos. Estos son algunos ejemplos de situaciones de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realiza 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.
  - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones de caridad. 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 que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. En lugar de recibir una Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) en papel por correo postal, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica de su EOB de la Parte D. Puede solicitarlo visitando Caremark.com. Si elige suscribirse, recibirá un correo electrónico cuando su EOB de la Parte D esté listo para consultar, imprimir o descargar. Las

EOB electrónicas también se denominan EOB electrónicas de la Parte D. Las EOB de la Parte D sin papel son copias exactas (imágenes) de las EOB de la Parte D impresas. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Wellcare No Premium (HMO)

No hay un deducible para Wellcare No Premium (HMO). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

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

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan 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 podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas) incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marcas no preferidas y 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 más alto de costos compartidos.
- Nivel 6 (Medicamentos de atención selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para evitar enfermedades (vacunas). Este es el nivel de costo compartido más bajo.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar. Los costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

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

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

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

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

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior al monto de copago. En estos casos, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento, en lugar del monto del copago.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido para pedidos por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido ((Medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	$6	$0	$6	$0	$6	$6

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido para pedidos por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido ((Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	$17	$12	$17	$12	$17	$17
Nivel 3 de costo compartido ((Medicamentos de marcas preferidas) incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos.)	$47	$37	$47	$37	$47	$47

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido para pedidos por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido ((Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marcas no preferidas y genéricos no preferidos.)	$100	$90	$100	$90	$100	$100
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.)	33%	33%	33%	33%	33%	33%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido para pedidos por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 6 de costo compartido ((Medicamentos de atención selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para evitar enfermedades (vacunas).)	$0	$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 con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico desee un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de

diferentes medicamentos con receta.

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

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

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro de 61-90 días.

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

- En ocasiones el costo del medicamento cubierto es menor al monto de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento, en lugar de pagar el copago.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	$18	$0	$18	$0

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-90 días)
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	$51	$36	$51	$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marcas preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos.)	$141	$111	$141	$74
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.)	$300	$270	$300	$180
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad - incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos que se encuentran en este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo.)	No hay un suministro de largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.			

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para 61-90 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-90 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos selectos para la atención estándar - incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para evitar enfermedades (vacunas).)	$0	$0	$0	$0

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos lleguen a $4,660

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

Ofrecemos cobertura adicional en algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos que se hacen por estos medicamentos no cuentan para los costos totales que paga de su bolsillo.

La Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,660 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Durante esta etapa, para el Nivel 1 y para medicamentos selectos de Nivel 6, usted paga su copago o

coseguro.

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de 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 cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Continúa pagando estos costos hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Una vez que usted paga $7,400, deja la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo (Sección 1.3).

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

Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $7,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

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

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

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* en el Capítulo 4).
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico le puede aplicar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede aplicársela en el consultorio.

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la Etapa del medicamento en la que se encuentre.

- 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 devolvamos la parte que nos corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna en sí y el costo de su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los

procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7

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

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

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

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

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

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si accidentalmente usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para un análisis de estas circunstancias.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

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

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

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos lo que ya pagó enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, incluya su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días (para reclamaciones médicas) y dentro de tres años (para reclamaciones de medicamentos)** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para las solicitudes de reembolso de los miembros, tenemos formularios de reclamaciones disponibles a través del portal web. Aunque recomendamos que nuestros miembros utilicen el formulario, no es necesario que así sea. También pueden presentar una copia de la factura sin el formulario. En cualquiera de los dos casos, deben incluir la información del proveedor, la fecha de los servicios, los códigos CPT cuando corresponda, los códigos o descripciones de los diagnósticos y los montos facturados, junto con todos los registros médicos de los que dispongan y, si es necesario, una breve descripción del motivo por el que han necesitado atención. El miembro también debe presentar el comprobante de pago al mismo tiempo que presenta la reclamación. Son comprobantes de pago válidos los estados de la cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito o la copia del cheque cancelado.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.wellcare.com/allwellTX) o llame a

Servicios para los miembros y pida uno.

Envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos de pago, a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

Para los medicamentos recetados de la Parte D, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago de la Parte D
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o no

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

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

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

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en audio, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc).

A nuestro plan se le exige que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera que sea culturalmente competente y accesible a todas las personas que se inscriben en él, incluidas aquellas que tienen una fluidez limitada en el idioma inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva, o quienes tienen diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo puede un plan satisfacer estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, a proporcionar servicios de traductor, servicios de intérprete, servicios de escribas de teletipo, o bien, conexión de TTY (teléfono de texto o de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación, disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También tenemos materiales disponibles en otros idiomas además del inglés que se hablan en el área de servicio del plan. También podemos proporcionarle información en audio, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

A nuestro plan se le exige que proporcione a las mujeres que se inscriben en el plan la opción de tener acceso directo a ver a un especialista en la salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica de rutina y prevención.

Si los proveedores para una especialidad no se encuentran disponibles dentro de la red del plan, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de especialidades fuera de la red que le proporcionen a usted la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si usted se encuentra en una situación en la que no hubiera especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, el ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que sea un proveedor de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué 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.
- Excepto en las circunstancias especificadas a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener primero una autorización por escrito de parte de usted o de la persona que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  - Se nos exige dar a conocer información 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 con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones

federales. Por lo general, esto exige que no se comparta aquella información que lo identifica de manera única.

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 hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
  - **Nota:** Nuestro plan no recompensa a los médicos, proveedores o empleados que realicen revisiones de utilización, incluidas las de las 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.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre qué servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, a lo que se conoce como apelación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

atención médica" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario 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 guardar una copia en casa.

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

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante TX Health and Human Services.

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

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

Sección 1.7 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.

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 que ya existían. Nuestro plan sigue, cuando así corresponda, lo establecido por las Determinaciones 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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y con dignidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata

de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse a **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus 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 (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**

Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que pueda entender. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer los objetivos del tratamiento con los que usted y su médico estén de acuerdo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o medicamento.
  - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, tenemos que saberlo** para que mantengamos su registro de miembro actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que lo notifique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

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

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para simplificar las cosas, este capítulo:

- Usa 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” o “determinación de riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para solicitar ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, también puede querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe utilizar para gestionar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y URL del sitio web.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para llamar a Medicare:

- Marque el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- O visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

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

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

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta 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 con receta.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No.

Vaya a la **Sección 10,** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

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

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 con receta, incluidos los 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 antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubramos un servicio médico concreto o se niega a prestarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos, tomamos una decisión de cobertura para usted. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las

normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso pero decimos que no a todo o parte de su recurso de Nivel 1, puede pasar a un recurso de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones de servicios médicos y de medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; usted no necesita hacer nada. En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se tratan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de otros niveles de apelación. (En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

- **Puede llamar a Servicios para los miembros**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá de Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros 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 o en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellTX).
    - Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o

presentar una apelación.

- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros 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 o 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 darnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede 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 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

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

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

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia

sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, que incluye artículos y servicios médicos, y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

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

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

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

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

Una "decisión de cobertura estándar" se toma, por lo general, dentro de un plazo de 14 días, o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una "decisión de cobertura rápida" se toma, por lo general, dentro de un plazo de 72 horas para servicios médicos, o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Podrá *solicitar* cobertura *solo* para atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **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 una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que utilizaremos el plazo estándar
  - Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida
  - Explique que 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.

Paso 2: pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o 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 recibida su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **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 considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (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 la Sección 10 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo de tiempo acelerado.

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, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. 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 considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre el proceso de presentación de quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una 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.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto 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.

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

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

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

Una "apelación estándar" se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 30 días. Una "apelación acelerada" se lleva a cabo, por lo regular, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando la decisión que hemos tomado sobre la cobertura por la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico necesitará una "apelación rápida". Si su médico nos indica que su salud requiere de una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" como se indica en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación enviando una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos**. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón de que su apelación llegue con retraso al presentarla; 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 decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para recopilar más información.

Plazos para una " apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo; si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta 14 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas (o al final del plazo de tiempo extendido, si es que tomamos días adicionales), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proceso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La Organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciban su apelación.

Plazos para una apelación "estándar"

- Para apelaciones estándar, debemos darle respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que le pudiera beneficiar, es posible que **nos tome hasta 14 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo convenido (o al final del plazo de tiempo extendido), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al proceso de apelaciones de Nivel 2, en donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la

cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en **un plazo de 7 días** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos su solicitud automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término legal
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se denomina "**IRE**" (Independent Review Entity).

La **Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a pedirnos 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 se le concedió una "apelación rápida" de Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" de Nivel 2

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, 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 se le concedió una "apelación estándar" de Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" de Nivel 2

- Para la "apelación estándar", si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de

haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

- Sin embargo, 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 da su respuesta.

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

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicando su decisión.
  - Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran 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. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para presentar una apelación para el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- 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 de Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre en qué consiste una indicación médicamente aceptada). Para más detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D**. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento con receta cubierto para pacientes externos" o "medicamento de la Parte D". También utilizamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su medicamento no se puede surtir según aparece en la receta, la farmacia le dará una notificación por escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura".**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Nos solicita que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Nos solicita pagar un monto compartido menor por un medicamento cubierto que está en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Nos solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Nos solicita que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicite que le**

hagamos un reembolso. Sección 6.4

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

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, solicitar una **"excepción al Formulario".** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **"excepción al Formulario".** Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **"excepción de nivel".**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que lo estuviera, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos de Nivel 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del costo compartido que requerimos que usted pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o las restricciones adicionales para determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. 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 requerimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

    - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los

medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el costo del nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento de Nivel 5 (Nivel de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de nivel(es) de costo compartido inferior(es) no funcionen bien para usted o exista la posibilidad de que le causen un efecto adverso u otros daños.

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

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

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

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Usted debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que se le reembolse una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría ocasionar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente se la daremos.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o recetador, nosotros decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una.
  - Le informa cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamación en un plazo máximo de 24 horas a partir de su recepción.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes enviadas en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible

en nuestro sitio web. El Capítulo 2 incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que prescribe) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la "declaración de respaldo",** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona que receta puede informarnos por teléfono y, a continuación, enviaros la declaración por fax o correo, si es necesario.

Paso 3: Nosotros consideramos su solicitud y le damos respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado ofrecerle dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta deniega parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el porqué de esta negativa. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos p**roporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el porqué de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los **14 días** calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el por qué de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto implica volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **"redeterminación".** Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada".**

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

Una "apelación estándar" suele solicitarse en un plazo de 7 días. Una "apelación rápida" suele solicitarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión que hemos tomado sobre 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 la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico o la persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito**, o llámenos. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** 1-844-796-6811 (TTY: 711). En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó al momento de solicitar la apelación. 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.
- **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos 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"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. 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. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una 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 para una "apelación estándar" por un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de los **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** e enviaremos una declaración por escrito en la que se le explica por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" para el reembolso por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de ese plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una 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. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se denomina "**IRE**" (Independent Review Entity).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- 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 “archivo de 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 revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta concederle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si 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.

Paso 3: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la Organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de reembolso del costo** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la Organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza **parte o toda** su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple 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 de Nivel 2 es final.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si quiere avanzar a la apelación de Nivel 3, 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. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la "**fecha del alta**".
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social, una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros 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.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Se le explica:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.

- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - 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.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal 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. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un revisión rápida de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la

mejora de la calidad de su estado en la Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día del alta**.
  - **Si usted cumple con este plazo**, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
  - **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión rápida de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contactemos, le daremos un Aviso detallado de alta. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

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

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos

que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si

permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un juez administrativo o árbitro revisa su apelación. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

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

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida."

- **Solicite una "revisión rápida."** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". Para ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2.

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una "revisión rápida."

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo 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 permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

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

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

Término legal
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se denomina "**IRE**" (Independent Review Entity).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero de) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez administrativo o árbitro.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea

aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.

- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de 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)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada, o atención de rehabilitación en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal
El "**Aviso de no cobertura de Medicare"** le indica cómo puede solicitar una **"apelación acelerada"**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso por escrito se le indica:

   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.

- Cómo solicitar una "apelación acelerada" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal 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 decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (Notificación de no cobertura de Medicare) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actué rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha efectiva** que aparece en la Notificación de Medicare de No-Cobertura (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC).

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía

quiere presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
"**Explicación detallada de no cobertura".** Aviso que ofrece los detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un **explicación detallada de no cobertura** donde se explican las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención

después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la 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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que 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.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o árbitro.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después de Nivel 2, lo que representa un total de cinco

niveles de apelación. Si desea continuar con su apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está lo maneja un juez administrativo o árbitro. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

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

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

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Pídanos una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no

pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.

- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) después de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

Término legal
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se le denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

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

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. **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.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después de Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Solicitudes de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir 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 mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4

con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión de Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Solicitudes para apelaciones de Nivel 3, 4, y 5 de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un Juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo o árbitro **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para apelaciones de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución**.**
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. 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.

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 los 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? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.

Queja	Ejemplo
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?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	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. • Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, para brindarle cobertura o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que hayamos aprobado, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la Organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Término legal
• A una **"queja"** también se le denomina **"reclamo".** • Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo".** • Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es "**usar el proceso para interponer un reclamo".** • A una **"queja rápida"** también se le denomina **"queja expedita".**

Sección 10.3 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 los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo llamamos Procedimiento de quejas.** Para presentar una queja o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para los miembros. O bien, puede enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura en *apelaciones sobre la atención médica* o *quejas sobre la atención médica* y *apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D* o *quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
  - Si solicita una respuesta por escrito, le responderemos por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo) o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
  - Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento. Puede presentar su queja, formalmente, por escrito a la dirección que figura en *apelaciones sobre la atención médica* o *quejas sobre la atención médica* y *apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D* o *quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
  - Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
  - En ciertos casos, tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se llama el procedimiento de reclamo acelerado. Tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
    - Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de la Parte D.
    - Rechazamos su solicitud de una revisión rápida de una apelación de servicios denegados o medicamentos de la Parte D.
    - Decidimos que se necesita tiempo adicional 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 queja por teléfono llamando a Servicios para los miembros.

También puede enviarnos la queja por escrito a la dirección que figura en *apelaciones sobre la atención médica* o *quejas sobre la atención médica* y *apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D o quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento. Una vez que recibamos el reclamo acelerado, un médico clínico revisará el caso para determinar los motivos de la denegación de su solicitud de revisión acelerada o si la extensión del caso era adecuada. Le notificaremos la decisión del caso acelerado oralmente y por escrito dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja.

- La queja debe presentarse **dentro** de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta 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**.
- **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, nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente con la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Wellcare No Premium (HMO) puede ser de forma **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo atención médica y los medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como 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.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **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 con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage,** puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, en ese momento, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **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 con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de su plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. 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 el Texas Department of Health and Human Services (Medicaid).
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el 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. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de

medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Wellcare No Premium (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Wellcare No Premium (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. • También puede comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Wellcare No Premium (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Hasta que se cancele su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red *o el servicio de pedido por correo* para obtener**

sus medicamentos con receta.

- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 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 B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- 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 con receta.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía puede llamar a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Wellcare No Premium (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY

1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar 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, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage) 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. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los 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 (Code of Federal Regulations, CFR), nuestro plan, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare No Premium (HMO)

Cuando está lesionado

Si alguna vez se lesiona, enferma o desarrolla una afección a través de las acciones de otra persona, compañía o usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan brindará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago asociado con su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores que lo tratan retienen el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le proporcione a través de este Plan de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Tal como se utiliza a lo largo de esta disposición, el término "parte responsable" significa cualquier persona o entidad real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye la responsabilidad u otra aseguradora de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría lesionarse, enfermarse o desarrollar una afección a través de las acciones de una parte responsable, incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y 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 todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros a nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;
- Protección contra lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de la primera parte;
- Adjudicación o acuerdo de indemnización laboral o discapacidad;
- Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, local o cobertura de seguro de propiedad o cobertura general;
- Cualquier acuerdo recibido de una demanda u otra acción legal;
- Cualquier sentencia recibida de una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente 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 de primera prioridad de subrogación y reembolso que se adjunta cuando este plan ha pagado beneficios por los Servicios cubiertos que recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier cantidad de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, también (i) asigna a nuestro plan su derecho a recuperar los gastos

médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los Servicios cubiertos proporcionados por el plan en relación con su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios de este Plan, también le otorga a nuestro plan un gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios por los Servicios cubiertos pagados bajo el Plan que están asociados con su lesión, enfermedad o condición debido a acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de si los montos se identifican específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de si se le indemniza por completo o en su totalidad por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este Plan sin tener en cuenta ningún reclamo por culpa de su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro tipo. No se pueden deducir honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni contribuir a pagar los costos judiciales o los honorarios de los abogados del abogado contratado para llevar adelante el reclamo o la demanda contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe seguir

Si se lesiona, se enferma o desarrolla una afección debido a una parte responsable, debe cooperar con los esfuerzos de nuestro plan y/o del proveedor tratante para recuperar sus gastos, que incluyen:

- Informar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o su abogado, si lo conoce, el nombre y la dirección de su abogado, si está utilizando un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada, incluida una descripción de cómo se causó la lesión, enfermedad o afección.
- Completar cualquier papeleo que nuestro plan o el proveedor tratante puedan razonablemente requerir para ayudar a hacer cumplir el gravamen o el derecho de recuperación.
- Responder con prontitud a las consultas de nuestro plan o del proveedor tratante sobre el estado del caso o reclamo y cualquier discusión sobre un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban dinero de las partes responsables o de cualquier otra fuente.
- Pagar el gravamen de atención médica o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todos los reembolsos adeudados a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados bajo el plan que están asociados con su lesión, enfermedad o afección debida a una parte responsable, independientemente de si se identifica específicamente como recuperación de gastos médicos e independientemente de si se le indemniza en su totalidad o en su totalidad por su pérdida;
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según lo establecido anteriormente. Esto incluye, entre otros, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del acuerdo o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negarle a nuestro plan su derecho de primera prioridad de recuperación o gravamen.
- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el monto de la recuperación adeudado al plan según corresponda tan pronto como se le

pague y antes del pago de cualquier otro titular de gravamen potencial o terceros que reclamen un derecho a recuperar.

- Debe cooperar con nosotros para realizar dichas recuperaciones o pagos excesivos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

La tarjeta de miembro emitida por nuestro plan para esta *Evidencia de cobertura* es solamente para fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios que se ofrecen bajo esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se ofrecen bajo esta *Evidencia de cobertura*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro bajo esta *Evidencia de cobertura*. Toda persona que reciba servicios a los que no tenga derecho bajo esta *Evidencia de cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. El miembro debe presentar la tarjeta de miembro del plan, no la tarjeta de Medicare, en el momento de recibir el servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (TTY 711) si necesita que le sustituyan su tarjeta de miembro.

Nota: Todo miembro que permita a sabiendas el abuso o mal uso de la tarjeta de miembro podrá ser dado de baja por causa justificada. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General sobre la cancelación de la membresía por abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo que puede dar lugar a 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 ni agentes de nuestro plan; además, ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable de la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud

El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al plan de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la Línea directa de contra el fraude de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea directa contra el fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan

En la medida en que circunstancias tales como una catástrofe natural, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad de personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros acontecimientos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, causen que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para proporcionar o disponer de los servicios o beneficios bajo esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requerimiento de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o disponer de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o del pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe residir para poder inscribirse a determinado plan de salud. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Este plan debe cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Asociación de Prácticas Independientes (Independent Physician Associacion, IPA): una asociación de médicos, incluidos los médicos de atención primaria (PCP) y los especialistas; así como otros proveedores de atención médica, incluidos los hospitales, que tienen contrato con el plan para brindar servicios a los miembros. Consulte la Sección 6 del Capítulo 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.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

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

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería o rehabilitación especializada que se brindan todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de los servicios del centro incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

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.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta 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 con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta 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 suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por los servicios o medicamentos con receta.

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. Por 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.

Costo compartido estándar: es el costo compartido 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 cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

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 servicio o medicamento 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 servicio o medicamento específico.

Costo de suministro: una cuota que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que el farmacéutico necesita para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

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, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

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

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 con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización: determinación de la organización acerca de si los artículos o los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, pero no están limitados a los soportes para el brazo, la espalda y el cuello; las extremidades y los ojos artificiales; así como, los dispositivos necesarios para reemplazar o para el funcionamiento de alguna parte interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional 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 (y, en el caso de tratarse de una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una parte del cuerpo. 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 ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen $4,660.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en 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 plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se 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. 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 médicos y proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), especialistas y demás proveedores de atención médica, entre ellos los hospitales, que tienen contrato con el plan para prestar servicios a los afiliados. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1.

Hospicio: un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

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 con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal, 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.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta 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.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas, como medicamentos de la Parte D cubiertos, por parte del Congreso. Ciertas categorías de los medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

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).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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 conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo extra 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: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios en la red cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: 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 con receta 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.

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 de mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal quienes verifican y mejoran la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o "pago por servicio" [Fee-for-Service] de Medicare)**:** el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare 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 la 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 con receta de Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare cuando es elegible para recibir Medicare por primera vez. Si es elegible para recibir Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de 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 personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un(a) i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) 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 hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): 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 con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

proveedor de atención primaria (PCP): su médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

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 médica. Los llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro 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.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelaciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluída alguna queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia que no son de emergencia y que se brindan cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si se necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus

preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tarjeta Flex Card: tarjeta de débito, prepagada por el plan, que se puede usar para el pago de gastos que se pagan del bosillo propio a proveedores de servicios dentales, de la vista y de la audición que aceptan VISA.

Tratamiento escalonado: 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.

Wellcare No Premium (HMO) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-796-6811 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 y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Sin embargo, tenga en cuenta que, durante los fines de semana y los días feriados del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada dentro de un (1) día hábil. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
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 y el 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

Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP)

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
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 North Austin Complex 4601 W. Guadalupe St. Austin, TX 78751-3146
SITIO WEB	https://www.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 tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*