

Evidencia de Cobertura 2025

Descripción general de su Plan

Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) H5447-001 del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Vea adentro para aprovechar los beneficios, servicios, y cobertura de medicamentos que ofrece el Plan.

LLame al Departamento de Servicios para miembros o vaya en línea para obtener más información sobre su Plan.

Local 210-358-6386 • Número gratuito 1-833-434-2347 7 días a la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (Del 1 de octubre - 31 de marzo)

De lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (Del 1 de abril - 30 de septiembre)

Servicio de mensajes disponible los fines de semana y festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre

TTY 711

24 horas al día/7 días de la semana

Sirviendo a los residentes del condado de Bexar.

MedicareAlamo.com

Evidencia de cobertura

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si usted tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 de la mañana a 8:00 de la noche, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); de 8:00 de la mañana a 8:00 de la noche, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días feriados federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas

Este Plan, Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), es ofrecido por Community First Health Plans, Inc. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Community First Health Plans, Inc. Cuando dice "Plan" o "nuestro Plan", hace referencia al Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).

Este documento está disponible en español y en distintos formatos, incluidos braille y letra grande. Comuníquese con el departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) si desea que le enviemos este folleto por correo en un formato diferente.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de Enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de Proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Nosotros notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Evidencia de cobertura Página 2 de 198

Índice

Para obtener ayuda para encontrar información, consulte esta lista de capítulos y números de página. Vaya a la primera página de cada capítulo, donde encontrará una lista detallada de temas.

Capítulo 1	Primeros pasos como miembro. 5 Explica lo que implica ser miembro de un Plan de salud de Medicare y cómo usar este documento. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del Plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del Plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes
Capítulo 3	Cómo utilizar la cobertura del Plan para obtener servicios médicos
Capítulo 4	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)
Capítulo 5	Cómo utilizar la cobertura del Plan para los medicamentos con receta de la Parte D
Capítulo 6	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D
Capítulo 7	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Evidencia de cobertura Página 3 de 198

	Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	115
	Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	
Capítulo 9	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	130
	Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro Plan.	
	 Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el Plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto. 	
	 También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan. 	
Capítulo 10	Cancelación de su membresía en el Plan	175
	Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el Plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro Plan debe cancelar su membresía.	
Capítulo 11	Avisos legales	183
	Se incluyen avisos sobre las leyes vigentes y sobre la no discriminación.	
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	189
	Explica los términos clave utilizados en este documento.	

Evidencia de cobertura Página 4 de 198

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo, que es un Plan HM	10 de
	Medicare	
Sección 1.2	¿De qué trata el documento Evidencia de Cobertura ?	
Sección 1.3	Información legal sobre la Evidencia de Cobertura	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del Plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	Area de servicio del plan Medicare Advantage de Community First (HMO)	8
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal	9
SECCIÓN 3	Materiales de membresía importantes que recibirá	9
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del Plan	9
Sección 3.2	Directorio de Proveedores	
Sección 3.3	Directorio de Farmacias: su guía para conocer las farmacias de nuestra red	10
Sección 3.4	Lista de medicamentos cubiertos del Plan (Formulario)	11
Sección 3.5	La Explicación de Beneficios de la Parte D	11
SECCIÓN 4	Su prima mensual para el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)	11
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del Plan?	12
Sección 4.2	Prima mensual de la parte B de Medicare	
Sección 4.3	Parte D Multa por inscripción tardía	12
Sección 4.4	Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos	13
Sección 4.5	Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	13
SECCIÓN 5	Manteniendo actualizado su registro de membresía del plan	14
Sección 5.1	Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted	14
SECCIÓN 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro Plan	15
Sección 6.1	Otros seguros	15

Evidencia de cobertura Página 6 de 198

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo, que es un Plan HMO de Medicare

Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Hay distintos tipos de Planes de salud de Medicare. El Plan Community First Medicare Advantage Alamo 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 según este Plan Califica como Cobertura de Salud que reúne los requisitos (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 IRS.gov/AffordableCareAct/IndividualsandFamilies.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento Evidencia de Cobertura?

Este documento *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos con receta cubiertos de Medicare a través de nuestro Plan. Este documento explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, cuánto paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho/a con una decisión o tratamiento.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).

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

Si está confundido/a o preocupado/a o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el servicio de atención al miembro (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta Evidencia de Cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) cubre su cuidado. 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 el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los Planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el Plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Evidencia de cobertura Página 7 de 198

Medicare debe aprobar nuestro Plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) 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 la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.

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

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como Equipo Médico Duradero (DME) y suministros)

Sección 2.3 Area de servicio del plan Medicare Advantage de Community First (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, El Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro Plan. Para seguir siendo miembro de nuestro Plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del Plan. El área de servicio se describe a continuación e incluye los siguientes condados en **Texas**:

Bexar

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento). Si se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un Plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Evidencia de cobertura Página 8 de 198

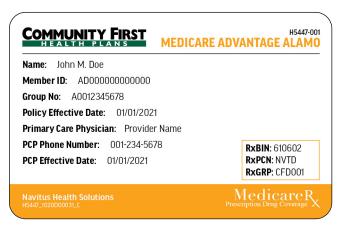
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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 el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Community First Health Plans debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes 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.Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras sea miembro del Plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del Plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para miembros se encuentran en la portada de este documento).

Evidencia de cobertura Página 9 de 198

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores enumera los Proveedores de la red y Proveedores de Equipos Médicos Duraderos.

¿Qué son los "Proveedores de la red"?

Los **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, Proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del Plan como pago total. La lista más reciente de Proveedores también está disponible en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com.

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

Usted debe utilizar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que el plan Community First Advantage Alamo (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si usted desea una copia impresa del directorio de proveedores, puede solicitarla al departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento). Le enviaremos una copia por correo, sin cargo, dentro de los tres días hábiles siguientes.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias: su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las "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 nuestros Planes.

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

Puede usar el Directorio de Farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Un Directorio de Farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com, También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre los Proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2025 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

Evidencia de cobertura Página 10 de 198

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos del Plan (Formulario)

El Plan tiene una lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (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 el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).

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

Le proporcionaremos una copia de la lista de medicamentos. La lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con más frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, usted puede consultar el formulario del plan en línea en MedicareAlamo.com o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto)..

Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D").

La Explicación de Beneficios de la Parte D le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6, (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D) encontrará más información sobre la Explicación de Beneficios de la Parte D y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (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 a la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Evidencia de cobertura Página 11 de 198

• Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del Plan?

No paga una prima mensual separada del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

Sección 4.2 Prima mensual de la parte B de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

Sección 4.3 Parte D Multa por inscripción tardía

Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Usted deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No deberá pagarla si:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la administración de salud de veteranos (VA).

Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede serle enviada en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Nota: Cualquier notificación debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Nota: Los siguientes no son coberturas acreditables de medicamentos recetados: Tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios en línea de descuento de medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona.

Si usted estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de que fue elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %. Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el 2025, este monto de prima promedio es de \$36,78.

Evidencia de cobertura Página 12 de 198

Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$36,78, lo que equivale a \$5,14. Esto se redondea a \$5,14. Este monto se agregaría a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

Primero, la multa puede cambiar cada año porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Segundo, usted continuará pagando una multa todos los meses 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 actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para cumplir la mayoría de edad en Medicare.

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

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Algunos miembros pueden tener que pagar un cargo adicional, conocido como monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (por sus siglas en inglés). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto es superior a un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si usted tiene que pagar un monto adicional, el seguro social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del seguro social, la junta de jubilación de ferrocarriles o la oficina de administración de personal, sin importar cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se le cancelará la inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si usted participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

Evidencia de cobertura Página 13 de 198

En el capítulo 2, sección 7, se brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si usted no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Manteniendo actualizado su registro de membresía del plan

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

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su Plan incluido su Proveedor de Cuidado Primario.

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 los siguientes cambios:

- 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.

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

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.

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

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro Plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 6 de este capítulo).

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

Evidencia de cobertura Página 14 de 198

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro Plan

Sección 6.1 Otros seguros

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otro excedente de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. **Esto se llama Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que incluya cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicios para miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (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.

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

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

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

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

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del Plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Evidencia de cobertura Página 15 de 198

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) (Cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros del Plan)
SECCIÓN 2	Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 18
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)
SECCIÓN 4	Organización de Mejoras de Calidad20
SECCIÓN 5	Seguro Social
SECCIÓN 6	Medicaid (Un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta .23
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios
SECCIÓN 9	¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?26

Evidencia de cobertura Página 16 de 198

SECCIÓN 1 Contactos del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

(Cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros del Plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para 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 al Departamento de Servicios para miembros de Community First Health Plans. Con gusto lo ayudaremos.

Método	El Departamento de Servicios para miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-434-2347 (gratis) 210-358-6386 (local) 7 días a la semana de 8 de la mañana a 8 de la noche (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes, de 8 de la mañana a 5 de la tarde (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés
ТТҮ	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA A	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

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

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

Evidencia de cobertura Página 17 de 198

Para obtener más información sobre situaciones en las que 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 concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).

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

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas
LLAME AL	L1-833-434-2347 (gratis) 210-358-6386 (local) 7 días a la semana de 8 de la mañana a 8 de la noche (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes, de 8 de la mañana a 5 de la tarde (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés
ΤΤΥ	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA A	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en Medicare.gov/my/Medicare-complaint

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).

Evidencia de cobertura Página 18 de 198

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.
ТТҮ	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	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 de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): 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 del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO): • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en 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 para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de l

Evidencia de cobertura Página 19 de 198

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 Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP).

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

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda 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 HICAP también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los Planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de Plan.

Método de acceso a SHIP y otros recursos:

- Visite SHIPHelp.org (Haga clic en el LOCALIZADOR DE SHIP en el medio de la página)
- Haga clic en **HABLAR CON ALGUIEN** a la mitad de la página de inicio
- Entonces tendrá las siguientes opciones:
 - » Opción #1: Puede tener un chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE
 - » Opción #2: Puede seleccionar su ESTADO en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto le llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)
LLAME AL	1-800-252-9240
ТТҮ	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	info@shiptacenter.org
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/services/health/Medicare

SECCIÓN 4 Organización de Mejoras de Calidad

En cada estado hay una Organización de Mejoras de Calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización de Mejoras de Calidad se Ilama KEPRO.

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

Evidencia de cobertura Página 20 de 198

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización de mejoras de calidad de Texas)
LLAME AL	888-315-0636 (Ilamada gratuita) Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. CST / CDT Fines de semana y días festivos de 11 a.m. a 3 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar
ESCRIBA A	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	KeproQIO.com/bene/statepages/texas/

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. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción 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.

Evidencia de cobertura Página 21 de 198

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.
ΤΤΥ	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	<u>SSA.gov</u>

SECCIÓN 6 Medicaid

(Un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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.

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

- Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- Beneficiario Calificado de Medicare Plus (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). Generalmente, las personas con QMB + también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Específicos (Specified LowIncome 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+]).
- Beneficiario de Medicare Plus con Ingresos Bajos Específicos (SLMB +): ayuda a pagar las primas de la Parte B. Generalmente, las personas con SLMB + también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- Individuo Calificado (Qualified 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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Evidencia de cobertura Página 22 de 198

Método	Texas Health and Human Services: información de contacto
LLAME AL	Línea directa para clientes 1-800-335-8957 Lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
ТТҮ	711 o 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services / Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Apartado Postal 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/services/health/Medicaid-CHIP

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

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

En el sitio en línea de Medicare Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs usted puede encontrar información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas que pueden ayudar, que se describen a continuación.

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.

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes). o
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que califica 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.

- Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros de Community First Health Plans al 210-358-6386 (local) o al número gratuito 1-833-434-2347. Un Representante del Departamento de Servicios para miembros puede hablar con usted y explicarle el proceso que implica determinar si es elegible para la "Ayuda adicional".
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le

Evidencia de cobertura Página 23 de 198

enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), la ayuda adicional de Medicare paga primero.

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido. 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 usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de Plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090. Usted también puede comunicarse con TMHP por correo electrónico a hivstd@dshs.texas.gov. Para obtener información adicional del programa, visite el sitio web de ADAP para el estado de Texas en ADAP.directory/Texas.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ssistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, edad, condición o 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 Tarjeta de Medicamentos de Texas.

Método	Tarjeta de Medicamentos de Texas: Información de contacto
LLAME AL	855-469-8979
ESCRIBA A	TexasDrugCard.com/contact
SITIO WEB	TexasDrugCard.com/

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle en administrar los costos de sus medicamentos

Evidencia de cobertura Página 24 de 198

al distribuirlos en pagos mensuales que varían durante el año (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle para administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos. La "ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos recetados de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Debe agregar el cuadro con nuestra información:

Método El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto

Llame: 1-833-434-2347 (gratis)

210-358-6386 (local)

7 días a la semana de 8 de la mañana a 8 de la noche (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes, de 8 de la mañana a 5 de la tarde (del 1 de abril al 30 de septiembre)

Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre.

Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés..

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "O", podrá hablar con un Representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
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 <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	RRB.gov/

Evidencia de cobertura Página 25 de 198

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, al sindicato o al Departamento de Servicios para 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 del Departamento de Servicios para miembros figuran en la portada 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.

Evidencia de cobertura Página 26 de 198

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del Plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro Plan	29
Sección 1.1	¿Qué son los "Proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?	
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su Plan	. 29
SECCIÓN 2	Use los Proveedores de la red del Plan para obtener atención médica	30
Sección 2.1	Usted debe elegir a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para que brinde y supervise su atención médica	30
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?	
Sección 2.3 Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros Proveedores de la red	. 32
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de rec	
	atención o durante un desastre	33
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica	
Sección 3.2 Sección 3.3	Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios Cómo obtener atención durante un desastre	
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	35
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos	. 35
Sección 4.2	Si nuestro Plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínic 36	a"?.
Sección 5.1 Sección 5.2	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una "institución religiosa de cuidado de salud no médica"	38
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidado de salud no médica?	. 38
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de cuidado de salud no médica	. 38
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de Equipo Médico Duradero	39
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el Equipo Médico Duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro Plan?	
SECCIÓN 8	Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento	39
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	. 39
Sección 8.2 Sección 8.3	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? ¿Qué sucede si deja su Plan y vuelve a Medicare Original?	

Evidencia de cobertura Página 28 de 198

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

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro Plan:

- 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 médica, los productos y los equipos que están cubiertos por nuestro Plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un Plan de salud de Medicare, el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

El Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) 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 condición y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Tenga un Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica. Como miembro del Plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro Plan deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros Proveedores de la red del Plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una "remisión". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.

Evidencia de cobertura Página 29 de 198

- Las referencias de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- Debe recibir atención 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). 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 recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro Plan y los Proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un Proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del Plan antes de buscar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un Proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El Plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del Plan.

SECCIÓN 2 Use los Proveedores de la red del Plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

Un Proveedor de Cuidado Primario también se conoce como PCP. Un PCP es un médico de la red que usted selecciona y brinda sus servicios cubiertos.

¿Qué tipo de Proveedores pueden ser un PCP?

Los tipos de Proveedores que generalmente son PCP incluyen:

- Práctica general
- Medicina Familiar
- · Medicina Interna

¿Cuál es el rol de mi PCP?

Su relación con su PCP es importante porque su PCP es responsable de sus necesidades de atención médica de rutina, coordina todos sus servicios cubiertos, mantiene su registro médico y garantiza la continuidad de su atención. Si necesita una cita con un especialista de la red u otro Proveedor de la red que no sea su PCP, debe hablar con su PCP.

Evidencia de cobertura Página 30 de 198

¿Cómo elige su PCP?

Cuando se inscribe en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), seleccione un PCP del Directorio de Proveedores.

Para obtener una copia del **Directorio** de Proveedores de Community First Health Plans Medicare Advantage más reciente, o para obtener ayuda para seleccionar un PCP, llame al Departamento de Servicios para miembros de Community First Health Plans o visite nuestro sitio web que se encuentra en el Capítulo 2 de este documento para obtener la información más actualizada sobre los Proveedores de nuestra red.

Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, Community First Health Plans puede elegir uno por usted. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Consulte "Cómo cambiar su PCP" a continuación.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de Proveedores de nuestro Plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP.

Si desea cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para miembros. Si el PCP acepta miembros adicionales, el cambio de PCP entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva Tarjeta de Identificación de miembro de Community First Health Plans que muestra este cambio.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?

- Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.
- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de senos, exámenes de mamografías (radiografías de senos), pruebas de papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los obtenga de un Proveedor de la red.
- Vacunas antigripales y vacunas contra el COVID-19 siempre que las obtenga de un Proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por Proveedores de la red o por Proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por Proveedores de la red o por Proveedores fuera de la red cuando los Proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del Plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está
 transitoriamente fuera del área de servicio del Plan. (Si es posible, llame al Departamento de Servicios para
 miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento
 mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para
 miembros figuran en la portada de este documento).
- Suplementos para diabéticos y zapatos o suelas terapéuticas de un Proveedores de la red.
- Servicios quiroprácticos siempre que los obtenga de un Proveedor de la red.
- Visitas a un especialista dentro de la red, siempre que las obtenga de un Proveedor de la red.
- Servicios de salud mental y / o psiquiátricos siempre que los obtenga de un Proveedor de la red.
- Servicios de podiatría siempre que los obtenga de un Proveedor de la red.
- Servicios del programa de tratamiento con opioides de un Proveedor de la red
- Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios de un Proveedor de la red
- Servicios de sangre para pacientes ambulatorios de un Proveedor de la red

Evidencia de cobertura Página 31 de 198

- Su examen de salud anual de un Proveedor de la red
- Beneficios complementarios cubiertos, como nuestros programas de salud y acondicionamiento físico
- Servicios de educación y prevención cubiertos por Medicare
- Servicios dentales preventivos e integrales de un Proveedor de la red.
- Exámenes de la vista y anteojos de un Proveedor de la red.
- Exámenes de audición y equipos auditivos de un Proveedor de la red.

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 condiciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas condiciones óseas, articulares o musculares.

Si un especialista de la red quiere que regrese para recibir más atención, asegúrese de que esos servicios sean servicios cubiertos. Pregúntele a su PCP o comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros para asegurarse de que los servicios que brindará un especialista sean un beneficio cubierto.

Ni el Plan ni Medicare pagarán los servicios, suministros, tratamientos, cirugías y/o terapias con medicamentos para servicios especializados cuando se requiera una autorización, pero no se obtuvo de Community First Health Plans, excepto para servicios de emergencia, servicios de urgencia, fuera de servicios de diálisis y atención de posestabilización en el área, o cuando tenga una autorización previa para un Proveedor fuera de la red.

Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Consulte el Directorio de Proveedores para obtener una lista de los especialistas del Plan disponibles a través de su red o puede consultar el Directorio de Proveedores en línea en el sitio web que aparece en el Capítulo 2 de este documento.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (Proveedores) que forman parte de su Plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su Proveedor puede dejar de estar en su Plan, pero 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.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo Proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un Proveedor calificado para reemplazar a su Proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Evidencia de cobertura Página 32 de 198

• Si se entera de que su médico o especialista dejará el Plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo Proveedor para administrar su atención.

Puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para obtener ayuda al número que figura en el Capítulo 2 de este documento.

Algunos servicios requieren autorización previa del Community First Health Plans para estar cubiertos. Obtener la autorización previa es responsabilidad de su PCP o Proveedor tratante. Los servicios y artículos que requieren autorización previa se enumeran en el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de Proveedores fuera de la red

La atención que reciba de Proveedores fuera de la red no estará cubierta a menos que la atención cumpla con una de las tres excepciones descritas en la Sección 1.2 de este capítulo. Para obtener información sobre cómo recibir atención fuera de la red cuando tiene una emergencia médica o necesita atención urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.

SECCIÓN 3

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una "**emergencia médica**" es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, pierda una extremidad, o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- Busque ayuda lo más rápido posible. Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u
 hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la
 autorización o referencia del PCP.
- Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro Plan haya sido informado sobre su emergencia. Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese al Departamento de Servicios para miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de membresía del Plan.

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

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, fuera de nuestra área de servicio (Condado de Bexar). 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. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Evidencia de cobertura Página 33 de 198

Si recibe servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia fuera del Condado de Bexar, es posible que deba pagar la factura en el momento en que reciba los servicios. Si el Proveedor no acepta Medicare, solicite una factura o recibo detallado que muestre los servicios específicos que se le brindan. Envíe una copia de la factura detallada o un recibo detallado a Community First Health Plans para devolverle el dinero. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar adecuadamente su solicitud de reembolso, incluidos los registros médicos.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. 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. 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 condición 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 médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por Proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los Proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una condición conocida que usted tenga.

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

Siempre debe tratar que los Proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los Proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su Proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un Proveedor fuera de la red. Revise su Directorio de Proveedores para obtener una lista de Centros de Cuidado de Urgencias dentro de la red.

Evidencia de cobertura Página 34 de 198

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del Plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un Proveedor de la red, nuestro Plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier Proveedor.

Nuestro Plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia fuera del Condado de Bexar en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, que incluyen atención de emergencia o urgente y transporte en ambulancia de emergencia desde la escena de emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso al condado de Bexar no está cubierto. Los procedimientos preprogramados y/o electivos tampoco están cubiertos. Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios que se necesitan con urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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: <u>MedicareAlamo.com</u>para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, 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 cubiertos?

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

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

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

El Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se encuentran en la tabla de beneficios médicos del Plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento) y se obtienen conforme a las normas del Plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el Plan, ya sea porque se trate de servicios que el Plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

Evidencia de cobertura Página 35 de 198

En el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, Community First Health Plans' cubre un examen físico de rutina por año y usted recibe ese examen físico de rutina pero elige tener un segundo examen físico de rutina dentro del mismo año. En este ejemplo, paga el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado el límite del beneficio no cuenta para su desembolso máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el desembolso máximo de su Plan). Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para miembros.

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. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro Plan. Primero, debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, **usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio**.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro Plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del Plan.

Si 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 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, sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su Plan pagará.

Evidencia de cobertura Página 36 de 198

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, tendrá cobertura para productos 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.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro Plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Medicare Original y su participación 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.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro Plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del Plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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 y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no 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), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (Medicare.gov).

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.

Evidencia de cobertura Página 37 de 198

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

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

Una institución religiosa de cuidado de salud no médica es un centro que provee atención médica para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención 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 cuidado de salud no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de cuidado de salud no médica.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de cuidado de salud no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de cuidado de salud 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 médico "no exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médico voluntario y que no son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médico 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 condición 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 debe obtener la autorización del Plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre que su estadía cumpla con las reglas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en **Atención hospitalaria para pacientes** internados en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Evidencia de cobertura Página 38 de 198

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de Equipo Médico Duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el Equipo Médico Duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro Plan?

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

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro Plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el Equipo Médico Duradero si se cambia a Medicare Original?

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

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro Plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Medicare Original para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, El Plan Community First Medicare Advantage Alamo (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 el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver al dueño.

Evidencia de cobertura Página 39 de 198

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

Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es 20% Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en el Plan Community First Health Plans Medicare Advantage Alamo.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su Plan y vuelve a Medicare Original?

Si vuelve a Medicare Original, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquiler por equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), se inscribe en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) durante 12 meses, y luego vuelve a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en e Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) y luego vuelve a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

Evidencia de cobertura Página 40 de 198

CAPÍTULO 4

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

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	43
Sección 1.1 Sección 1.2	Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Par	rte
Sección 1.3	B de Medicare?	
SECCIÓN 2	Utilice la tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	. 44
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del Plan	. 44
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el Plan?	70
Sección 3.1	Servicios que no cubrimos (exclusiones)	. 70

Evidencia de cobertura Página 42 de 198

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de 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. Usted paga el copago 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. Usted paga el coseguro 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. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para miembros.

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

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 dentro de la red que están cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte La tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP por sus siglas en inglés) por servicios médicos.

Como miembro del Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2025 es \$3,500. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su Plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$3,500, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red 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 del Plan de Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro Plan. No permitimos a los Proveedores agregar cargos adicionales, lo que se

Evidencia de cobertura Página 43 de 198

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.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15), 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, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del Plan (según se determine en el contrato entre el Proveedor y el Plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un Proveedor fuera de la red y que participa en 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 referencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un Proveedor fuera de la red y que no participa en 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 referencia).
- Si cree que un Proveedor le ha "facturado saldos", llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del Plan

En las siguientes páginas, la tabla de beneficios médicos enumera los servicios que el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las reglas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención de un Proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un Proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para utilizar Proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un Proveedor fuera

Evidencia de cobertura Página 44 de 198

de la red.

- Tiene un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico
 u otro Proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización
 previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el cuadro de beneficios
 médicos con un asterisco.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los Planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro Plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare* & You 2025 (Medicare y Usted 2025). También puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro Plan cubrirán esos servicios.
- 🍑 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Médicamente necesarios: se refiere a los servicios, suministros o medicamentos de atención médica necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, lesión o dolencia que sean todos los siguientes según lo determine Community First Health Plans, a nuestro exclusivo criterio:

- Siempre de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
- Más apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, y considerado efectivo para su enfermedad, lesión o dolencia.
- No principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro Proveedor de atención médica.

Satisfacen, pero no exceden su necesidad médica, son al menos tan beneficiosas como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible, y se brindan de la manera más rentable que se pueda brindar de manera segura y efectiva.

Los estándares de práctica médica generalmente aceptados son estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por colegas. Estos son generalmente reconocidos por la comunidad médica relevante, basándose principalmente en ensayos clínicos controlados o, si no están disponibles, estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o tratamiento y los resultados de salud.

Si no hay evidencia científica creíble disponible, entonces se pueden considerar los estándares que se basan en las recomendaciones de la sociedad de especialistas médicos o los estándares profesionales de atención. Community First Health Plans se reserva el derecho de consultar la opinión de un experto para determinar si los servicios de atención médica son Médicamente necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la sociedad de especialistas médicos, la elección del experto y la determinación de cuándo utilizar dicha opinión experta quedarán a nuestra entera discreción.

Evidencia de cobertura Página 45 de 198

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El Plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva
 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 condición es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el Plan. El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la condiorryción del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	Copago de \$250 por ambulancia terrestre (ida) 20% coaseguro para ambulancia aérea (ida) Se requiere autorización previa para transporte aéreo que no sea de emergencia
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 al año. 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 consultas anuales de bienestar.
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 identificar masa ósea, detectar 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 lo siguiente: Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Evidencia de cobertura Página 46 de 198

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. El Plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$30 por visita rehabilitación cardiaca Copago de \$35 por visita rehabilitación cardiaca intensiva Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo 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 sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para 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 lo siguiente: 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 de vagina, 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 quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Copago de \$20 por visita

Evidencia de cobertura Página 47 de 198

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 para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios dentales

En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original.

Cubrimos lo siguiente:

Servicios dentales preventivos:

Exámenes bucales, limpieza, tratamientos con flúor, radiografías dentales

Servicios dentales integrales:

Servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales / maxilofaciales, otros servicios

No hay coseguro, copago ni deducible por servicios dentales en este Plan. Beneficio dental máximo de \$2,500 por año.

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 referencias o tratamiento de seguimiento.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.



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 detección de diabetes cada 12 meses.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Evidencia de cobertura Página 48 de 198

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 lo siguiente: • 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.	Copago de \$0
 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
 La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	Copago de \$0

Evidencia de cobertura Página 49 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados

(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "Equipo Médico Duradero").

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un Proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro Proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de Proveedores también está disponible en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com.

En general, el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro Proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refieraa otro médico con el fin de recibir una segunda opinión).

Si usted (o su Proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del Plan, usted o su Proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su Proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

20% de coseguro

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Evidencia de cobertura Página 50 de 198

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia	Copago de \$90 por visita
 La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: Son brindados por un Proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que para los servicios prestados dentro de la red. 	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, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta o debe tener su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el Plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar Membresía de YMCA	\$0 copago
THEITIBLESIA DE TIMEA	La membresía de YMCA incluye consultas de bienestar; ejercicios grupales gratuitos como Zumba, Yoga y Pilates; cuidado de niños mientras hace ejercicio; y eventos familiares
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. • Prueba/evaluación auditiva de rutina para aparatos auditivos • Examen auditivo • Audífonos con prescripción médica	Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$25 \$3,500 límite de beneficios por año
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 lo siguiente: • 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.

Evidencia de cobertura Página 51 de 198

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 de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra 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.

Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Evidencia de cobertura Página 52 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Atención en un hospicio

Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. 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. El médico del hospicio puede ser un Proveedor dentro o fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.
- Atención de alivio a corto plazo.
- · Atención a domicilio.

Para los servicios en un 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: Medicare Original (en lugar de nuestro Plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su Proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra.

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:

- Si obtiene los servicios cubiertos de un Proveedor de la red, 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 (Medicare Original).

Para los servicios cubiertos por Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan seguirá 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: 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 relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, y no por Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan.

Evidencia de cobertura Página 53 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Inmunizaciones

Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:

- 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.
- Vacunas contra el COVID-19
- Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.

También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Departamento de Servicios para miembros para obtener información.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

*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.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería permanentes.
- Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).
- Medicamentos.
- Análisis de laboratorio.
- · Radiografías y otros servicios radiológicos.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas.
- Costos de la sala de operaciones y de recuperación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.
- Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.

Copago de \$175 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por los días 7-90.

Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Evidencia de cobertura Página 54 de 198

- Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los Proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir a nivel local siempre que los Proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite.

Nota: para ser paciente interno, el Proveedor debe hacer una orden por

Servicios médicos.

escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente interno 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 interno o externo, consulte con el personal del hospital.

Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en línea en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ó llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana..

Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la condición que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa en el hospital. Una transferencia a un tipo de centro diferente (por ejemplo, a un hospital de rehabilitación para pacientes internados o un hospital de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente internado, tiene cobertura por días ilimitados siempre que la estadía en el hospital esté cubierta de acuerdo con las reglas del Plan.

Evidencia de cobertura Página 55 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Atención de salud mental para pacientes internados

Los servicios cubiertos incluyen:

- servicios de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.
- Servicios de abuso de sustancias residenciales/para pacientes hospitalizados

Copago de \$175 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por días adicionales cubiertos por Medicare, hasta 90 días. Más 60 días de reserva de por vida adicionales.

Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo. Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos para atención de salud mental para pacientes hospitalizados. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa al hospital, incluso si ingresa varias veces dentro de un período de beneficios.

Evidencia de cobertura Página 56 de 198

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, los siguientes:	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:
 Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. Vendajes quirúrgicos. Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. 	Consulte a continuación las Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los Servicios y suministros terapéuticos.
 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 	Consulte a continuación Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
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. • Servicios médicos.	Consulte a continuación los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
	Consulte a continuación los Servicios del médico / practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico.
*Beneficio de alimentos 60 comidas proporcionadas después de una admisión como paciente	Copago de \$0
internado.	Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro Plan, cualquier Plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, 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.
año calendario.	

Evidencia de cobertura Página 57 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios



🍅 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)

Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 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.

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro Plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro Plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una invección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Medicamentos que se administran con Equipo Médico Duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el Plan.
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Antígenos.
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas.
- Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.

También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.

El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro Plan se incluye en el Capítulo 6.

20% de coseguro Algunas drogas y suministros relacionados pueden ser cubiertos a menos de 20% de coseguro.

Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis.

Evidencia de cobertura Página 58 de 198

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 cuidado primario, 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 del programa de tratamiento para opioides La Parte B de Medicare Original cubre los servicios del tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Los miembros de nuestro Plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro Plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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	Copago de \$0 por los servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.

de dichos medicamentos, si corresponde.Asesoramiento sobre consumo de sustancias.

Terapia individual y grupal.Pruebas toxicológicas.

Evidencia de cobertura Página 59 de 198

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.	Copago de \$0 Copago de \$0
 Análisis de laboratorio. Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre comienza desde la primera pinta de sangre utilizada. 	Copago de \$0 Copago de \$0
 Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. Radiografías. Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. 	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 por servicio de diagnóstico general Copago de \$150 por servicio de diagnóstico complejo Copago de \$50 por servicio terapéutico
	Se requiere autorización para ciertas tomografías PET, procedimientos de Cardiología y Medicina Nuclear, MRI/MRA (si no lo ordena un neurocirujano o un MDP ortopédico SPECT, Imágenes Tridimensionales (3D)/ATC (si no lo ordena un cardiólogo o especialista cardiotorácico), estudios del sueño y monitoreo de video EEG. Se requiere autorización para la Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT), la Radiocirugía Estereotáctica (SRS) y la Radioterapia Corporal Estereotáctica (SBRT).

Evidencia de cobertura Página 60 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Observación hospitalaria para pacientes externos

Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.

Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de 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 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.

Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en línea en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ó llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Copago de \$175 por beneficios cubiertos por Medicare

Evidencia de cobertura Página 61 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Servicios hospitalarios para pacientes externos

Cubrimos servicios médicamente necesarios 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.
- 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.

Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en línea en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ó llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana..

El costo compartido de los servicios hospitalarios de OP varía según el beneficio específico.

La cirugía ambulatoria está sujeta a un copago de \$175 por procedimiento.

Otro paciente ambulatorio está sujeto a un coseguro del 20% por otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Cuidado de salud mental para pacientes externos

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de cuidado de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.

Los servicios incluyen sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare

Copago de \$15 por beneficios cubiertos por Medicare

Evidencia de cobertura Página 62 de 198

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.	Copago de \$25 para terapias físicas y del habla
Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Copago de \$30 para terapia ocupacional
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Tratamiento y asesoramiento ambulatorios por abuso de sustancias.	Copago de \$30
	Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.
*Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos	Copago de \$175
ambulatorios	Usted paga estos montos hasta que
Nota : si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario,	alcanza el desembolso máximo.
consulte con el Proveedor si será considerado un paciente internado o	Su Proveedor debe seguir los
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 para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".	requisitos de autorización previa.
*Servicios de hospitalización parcial	Copago de \$45 por día para beneficios
La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para	cubiertos por Medicare
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.	Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Evidencia de cobertura Página 63 de 198

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	Copago de \$0 para ver a su PCP
 Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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. Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita 	Copago de \$15 para ver a un especialista
tratamiento médico. Registraciones virtuales breves Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico <u>si</u> no es un paciente nuevo. Segunda opinión antes de la cirugía. Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	
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).	Copago de \$30
 Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas condiciones que comprometen las extremidades inferiores. 	20% de coseguro
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual

Evidencia de cobertura Página 64 de 198

• Análisis del Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen,

PSA).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
*Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación 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 "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección).	20% de coseguro Se requiere autorización para prótesis con una compra minorista o un costo de alquiler acumulativo de más de \$1,000
*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. • Servicio de rehabilitación cardíaca • Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca • Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$30 Copago de \$35 Copago de \$15
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 se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto

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.

por Medicare.

Evidencia de cobertura Página 65 de 198

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: los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y 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.

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 Cuidado Primario 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 Cuidado Primario 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.

Evidencia de cobertura Página 66 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

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.
- 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).
- Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial).
- Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).
- Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.
- Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".

Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare

Evidencia de cobertura Página 67 de 198

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 documento, encontrará una definición de "Centro de Atención de Enfermería Especializada", que suele denominarse "SNF", por "Skilled Nursing Facility").

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Medicamentos administrados como parte del Plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNFs.
- Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNFs.
- Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNFs.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNFs.
- Servicios de médicos o profesionales.

Generalmente, la atención en los SNFs 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.

Se requiere una estadía mínima de tres días como paciente hospitalizado en un centro médico antes de la admisión a un SNF.

Nuestro Plan cubre hasta 100 días en un SNF.

Copago de \$0 por día para los días 1 a 20

Copago de \$170 por día para los días 21 a 100

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa

Evidencia de cobertura Página 68 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

🍅 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)

Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.

Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios de urgencia

Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por Proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los Proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.

Copago de \$25 por cada visita



🍅 Cuidado 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. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.
- Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.
- Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la 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).

Copago de \$25 para exámenes de la vista para tratar condiciones de los oios

Copago de \$0 (1 por año) para exámenes de la vista de rutina

Copago de \$0 (límite de beneficio de \$300 cada año) para anteojos

Evidencia de cobertura Página 69 de 198

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

🍅 Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"

El Plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.

Importante: cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

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. Si un servicio está "excluido", significa que este Plan no lo cubre.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

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

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el Plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	✓	

Evidencia de cobertura Página 70 de 198

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro Plan y Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su Plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en el hospital.		√ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar. Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		 Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Atención quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies.		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las reglamentos de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).

Evidencia de cobertura Página 71 de 198

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos.		Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura.		√
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

^{*}El cuidado de asistencia es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

Evidencia de cobertura Página 72 de 198

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	.76
Sección 1.1 Sección 1.2	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D	
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedico por correo del Plan	
Sección 2.1 Sección 2.2 Sección 2.3 Sección 2.4 Sección 2.5	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red . Cómo encontrar farmacias de la red . Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del Plan . Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo . Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del Plan .	. 77 . 77 . 78 . 79
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del Plan	.80
Sección 3.1 Sección 3.2	La "Lista de Medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	
Sección 3.3	Medicamentos	
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	.82
Sección 4.1 Sección 4.2 Sección 4.3	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	. 82
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto?	.84
Sección 5.1 Sección 5.2 Sección 5.3	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?. ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?	. 84 o . 84 ı
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	
Sección 6.1 Sección 6.2	La Lista de Medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?	. 86
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el Plan?	.88
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	. 88
SECCIÓN 8	Surtir una receta	.89
Sección 8.1 Sección 8.2	Muestre la tarjeta de miembro. ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?	
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	.90
Sección 9.1 Sección 9.2	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el Plan cubre su estadía?	

Evidencia de cobertura Página 74 de 198

Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del Plan de un empleador o grupo jubilados?	
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	91
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	92
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura	92
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de	
	manera segura los medicamentos opioides	92
Sección 10.3	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a	
	administrar sus medicamentos	. 93

Evidencia de cobertura Página 75 de 198

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

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

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

En la siguiente sección se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del Plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

Evidencia de cobertura Página 76 de 198

Sección 1.2 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, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.
- La persona autorizada que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos 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 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en 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 cubiertos en la Lista de Medicamentos del Plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web <u>MedicareAlamo.com</u>, o llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un Proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

Evidencia de cobertura Página 77 de 198

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del Plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento) o busque en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com.

¿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
 (LongTerm Care, LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si
 usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios
 de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el
 centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese
 con el Departamento de Servicios para miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del Proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del Plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del Plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una condición médica crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo del Plan requiere que solicite *al menos* un suministro del medicamento para 30 días y *para no más de* 90 días.

Birdi es la farmacia de pedidos por correo recomendada por Community First Health Plans. No es obligatorio que usted utilice Birdi para obtener un suministro de sus medicamentos de mantenimiento. El primer pedido requerirá que se registre en el sitio en línea de Birdi disponible en BirdiRx.com/Mail-order/How-it-works. Si tiene preguntas sobre el pedido por correo de medicamentos de mantenimiento y cómo comenzar, llame al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 de la mañana a 8 de la noche tiempo del este y los sábados de 9:00 de la mañana a 5 de la tarde timro del este.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, y para saber cómo empezar, llame a NoviXus al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm EST y los sábados de 9:00 am a 5:00 pm EST. También puede visitar novixus.com.

Evidencia de cobertura Página 78 de 198

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si se retrasa un pedido por correo:

Si su receta está archivada en su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si su receta retrasada no está archivada en su farmacia local, pídale a su médico que llame a su farmacéutico para que le dé una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio del médico para que solicite la receta.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, un farmacéutico se comunicará con usted para ver si desea que le surtan el medicamento inmediatamente o en un momento posterior. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Para reabastecimientos, comuníquese con su farmacia aproximadamente 15 días antes de que crea que los medicamentos que tiene a mano se agotarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Asegúrese de informar a la farmacia la mejor manera de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes del envío. Puede hacerlo comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche., hora del este de los Estados Unidos, y los sábados de 9:00 de la mañana a 5:00 de la tarde, hora del este de los Estados Unidos, para configurar sus preferencias de comunicación.

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 del Plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición crónica o a largo plazo). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

- Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).
- 2. Usted puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del Plan. El servicio de pedido por correo del Plan permite que solicite hasta un suministro de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Evidencia de cobertura Página 79 de 198

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del Plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Para 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. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia de la red:

- Recetas para una emergencia médica. Cubriremos recetas que se surten en una farmacia fuera de la red por un suministro de hasta 29 días si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia, están incluidas en nuestra Lista de Medicamentos sin restricciones y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- Cobertura al viajar o fuera del área de servicio. Cuando viaja dentro de los EE. UU., Tiene acceso a las farmacias de la red en todo el país. Lleve consigo sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para conocer sus Planes de viaje y localizar una farmacia de la red mientras viaja. Si sale del país, es posible que pueda obtener un suministro diario mayor para llevarlo antes de salir del país donde no hay farmacias de la red disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente en stock en una farmacia minorista accesible de la red o en una farmacia preferida de pedido por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si necesita una receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en un Proveedor, una cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.

En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicios para miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para miembros figuran en la portada de este documento). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al Plan?

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

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

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

El Plan tiene una "Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)". En esta Evidencia de Cobertura, **la denominamos** la "Lista de Medicamentos" para abreviarla.

Evidencia de cobertura Página 80 de 198

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 (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

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 esté en una de estas condiciones:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual ha sido recetado).
- -- o bien, -- esté avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

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

¿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.

Sección 3.2 Hay *cinco* "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 *cinco* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El nivel 1 es el nivel más bajo y el nivel 5 es el nivel más alto.
- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Incluye medicamentos genéricos de menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamento genérico. Incluye muchos medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Incluye medicamentos de marca común, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos. Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- Nivel 5: Medicamentos especializados. Incluye medicamentos únicos y/o de muy alto costo.

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

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

Evidencia de cobertura Página 81 de 198

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 correo. La Lista de Medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con más frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios al miembro para averiguar si lo cubrimos.
- 2. Visite el sitio web del Plan MedicareAlamo.com. La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- 3. Llame al Departamento de Servicios para miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos del Plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para miembros figuran en la portada de este documento).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su condición y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del Plan están destinadas a alentarlo a usted y a su Proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su Proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Nuestro Plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en

Evidencia de cobertura Página 82 de 198

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico. Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su Proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico 0 ha escrito "sin sustitución" en la receta para un medicamento de marca 0 nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del Plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su Proveedor deben obtener la autorización del Plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito para obtener autorización por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el Plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el Plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición, 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 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del Plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento) o visite nuestro sitio web MedicareAlamo.com.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su Proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Depatamento de Servicios para miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su Proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

Evidencia de cobertura Página 83 de 198

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su Proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. o tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el Plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El Plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

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

- Si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su Proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al Plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el Plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su Proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Evidencia de cobertura Página 84 de 198

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

- 1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser de uno de los siguientes tipos:
 - El medicamento que ha estado tomando ya no está en la Lista de Medicamentos del Plan.
 - -- O bien, -- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

• Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el Plan el año pasado:

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el Plan si es miembro nuevo en el Plan y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el Plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

• Para los que han sido miembros del Plan por más de 90 days y residen en un Centro de Atención a Largo Plazo (LongTerm Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:

Cubriremos un suministro 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 aquellos miembros que experimenten un cambio de nivel de atención, permitiremos un suministro de transición de medicamentos de hasta 31 días. Un cambio en el nivel de atención puede incluir:
 - Ingresar a las instalaciones de LTC desde hospitales con una lista de alta de medicamentos
 - Alta de un hospital a un domicilio
 - Finalización de una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y necesidad de volver a la cobertura de la Parte D
 - Un cambio en el estado del hospicio para volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare
 - Finalizar una estancia en una instalación de LTC y regresar a la comunidad
 - Alta de hospitales psiquiátricos con regímenes farmacológicos altamente individualizados

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

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

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su Proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el Plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para miembros y pedir una Lista de Medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su Proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para miembros figuran en la portada de este documento).

Evidencia de cobertura Página 85 de 198

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 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 miembros y pedir una Lista de Medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su Proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para miembros figuran en la portada de este documento).

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, 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.

Los medicamentos de especialidad de nuestro nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos en estos niveles.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

• Agregar o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos. Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.

Evidencia de cobertura Página 86 de 198

- 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 (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del Plan.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
 - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado
 - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su condición.

Evidencia de cobertura Página 87 de 198

Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de Medicamentos

- Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemosrealizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

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

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

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no 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. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este documento).

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

Evidencia de cobertura Página 88 de 198

- 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.
 - En general, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias específicas, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, entonces nuestro Plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los Planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Además, **si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos**, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del Plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del Plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al Plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. 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 tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del Plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al Plan para obtener la información necesaria.

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

Evidencia de cobertura Página 89 de 198

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 y el Plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el Plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el Plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumPlan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: cuando usted ingresa a un centro de atención de enfermería especializada, reside en este o sale de él tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de Plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el Plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro Plan e inscribirse en otro Plan de Medicare).

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LongTerm 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 a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

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

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el Plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros *90 días* de su membresía. El suministro total será para un máximo de *30 días* o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LongTerm Care, LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del Plan por más de *90 días* y necesita un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de *31 días* o menos si su receta está indicada para menos días.

Evidencia de cobertura Página 90 de 198

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su Proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el Plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su Proveedor pueden solicitarle al Plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su Proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

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

¿Tiene actualmente otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro Plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será complementaria a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

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

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 del Plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

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

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

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro Plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

Evidencia de cobertura Página 91 de 198

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento 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 condición.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

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

Si consideramos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere de nuestra importancia. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo

Evidencia de cobertura Página 92 de 198

de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso 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 cáncer, 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.

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y los costos de sus medicamentos son elevados pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede 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 tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una Lista de Medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de "bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su Plan de acción y su Lista de Medicamentos. Lleve su Plan de acción y Lista de Medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros Proveedores de atención médica. También lleve su Lista de Medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

Evidencia de cobertura Página 93 de 198

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1	Introducción96
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 96
Sección 1.2 Sección 1.3	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 97 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan?
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra99
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D")
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 100
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5
Sección 4.1	Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$200 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5
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 parte101
Sección 5.1 Sección 5.2 Sección 5.3	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene
Sección 5.4	pagar el costo del mes completo
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D
Sección 6.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
SECCIÓN 7	Información de beneficios adicionales
Sección 7.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las recibe106

Evidencia de cobertura Página 95 de 198

🚱 ¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿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 en su caso. 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 posee este inserto, comuníquese con Servicios para miembros y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para miembros figuran en la contraportada de este documento).

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.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan. Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación "Lista de medicamentos".
 - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También le indica en cuál de los *cinco* "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este documento. En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.

Evidencia de cobertura Página 96 de 198

• El Directorio de farmacias del plan. En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El Directorio de farmacias tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos 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 monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido"; 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" significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean por medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
- La etapa de deducible
- · La etapa de cobertura inicial

Todos los pagos que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos usted mismo, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen en sus costos de bolsillo si los realizan en su nombre otras personas u
 organizaciones determinadas. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar,
 por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA,
 [los planes sin un SPAP en su estado eliminan el siguiente elemento] por un programa estatal de asistencia
 farmacéutica que esté calificado por Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE o por el
 servicio de salud indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de "ayuda adicional" de
 Medicare.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$ [insertar el límite de desembolso personal del 2025] en costos de desembolso personal dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Evidencia de cobertura Página 97 de 198

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo no incluyen ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- 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 recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos por sus medicamentos que realiza la administración de salud para veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, la compensación de los trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el programa de descuento para fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, usted debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para miembros.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillo?

- Le ayudaremos. El informe de explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance el [insertar el umbral de gastos de bolsillo de 2025], este informe le indicará que ha abandonado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. La sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.]

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta según Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Evidencia de cobertura Página 98 de 198

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Etapa del deducible	Etapa de cobertura	Etapa de cobertura en
anual	inicial	situaciones catastróficas
Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$200 por sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 (\$200 es el monto del deducible de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5. (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo)	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 y usted paga su parte del costo. Después de que usted (u otras personas en su nombre) hayan alcanzado su deducible de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte. Permanece en esta etapa hasta que los "costos totales de los medicamentos" (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) sumen \$2,000. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan pagará el costo total de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2025). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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.

Evidencia de cobertura Página 99 de 198

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina "EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a lo largo del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D se ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos de menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar a la persona autorizada a darle recetas sobre estas opciones de menor costo. Aquí encontrará lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- Los totales para el año desde el 1 de enero. A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamación de medicamento con receta.
- Medicamentos con receta alternativos disponibles a 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 sepamos
 acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de
 miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este documento). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando 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.

Evidencia de cobertura Página 100 de 198

- 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 y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, 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 benéficas. 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 el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). También puede ver su EOB en línea en MedicareAlamo.com. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$200 por sus medicamentos de *Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5*

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$200 en medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- El "costo total" suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El "deducible" es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado \$200 por los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga 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.

Evidencia de cobertura Página 101 de 198

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

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

- El nivel 1 es el nivel más bajo y el nivel 5 es el nivel más alto.
- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Incluye medicamentos genéricos de menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamento genérico. Incluye muchos medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Incluye medicamentos de marca común, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos. Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- Nivel 5: Medicamentos especializados. Incluye medicamentos únicos y / o de muy alto costo.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

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

- El "copago" es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El "coseguro" significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina No pagará más de \$35 por un suministro de un mes
 de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se
 encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

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

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, el que sea menor.
- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Evidencia de cobertura Página 102 de 198

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 29 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$7	Copago de \$7	Copago de \$7	Copago de \$7
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	29% de Coseguro	29% de Coseguro	29% de Coseguro	29% de Coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	30% de Coseguro	30% de Coseguro	30% de Coseguro	30% de Coseguro

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

Evidencia de cobertura Página 103 de 198

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que pagará será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. 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.
 - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será \$1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es para hasta 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

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

 Tenga en cuenta lo siguiente: si los costos del medicamento cubierto son inferiores al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, el que sea menor.

Evidencia de cobertura Página 104 de 198

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:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$17.50	Copago de \$17.50
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$75	Copago de \$75
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25% de Coseguro	25% de Coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	N/A	N/A

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de \$2,000 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- Lo que usted ha pagado por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:
 - Los \$200 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
 - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2025, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

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. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso personal de \$2,000 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de \$2,000. Si usted alcanza esta cantidad, abandonará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Evidencia de cobertura Página 105 de 198

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Sección 6.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,000 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 el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

Sección 7.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan no ofrece ningún beneficio adicional que no esté incluido en las secciones anteriores.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna en sí.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de administrarle la vacuna. (A veces, esto se denomina la administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada comité asesor sobre prácticas de inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).
- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen costo alguno.
- 2. Dónde se vacuna.
- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico o la médica.

3. Quién le administra la vacuna.

Evidencia de cobertura Página 106 de 198

 Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico o la médica.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, usted debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, se muestran tres ejemplos de formas en las que usted puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si usted tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico/a.

- Cuando usted recibe la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

Evidencia de cobertura Página 107 de 198

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted rec

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos
Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió112
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no
Sección 3.1 Sección 3.2	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Evidencia de cobertura Página 109 de 198

SECCIÓN 1

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

Sección 1.1

Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

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 la llama "reembolsar"). 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.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

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:

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 de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si 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. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la
Sección 1.3, del Capítulo 4.

Evidencia de cobertura Página 110 de 198

- 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.

Llame a Servicios para miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para miembros figuran en la contraportada de este documento).

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. (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).

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

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

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

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

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

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

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

Evidencia de cobertura Página 111 de 198

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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.
- Descargue una copia del formulario (Form 1490S Patient's Request for Medical Payment) de nuestro sitio
 web MedicareAlamo.com o llame a Servicios para miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de
 Servicios para miembros figuran en la contraportada de este documento).

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos recetados o médicos Community First Health Plans, Inc. 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249

Debe enviarnos su reclamo de la Parte C (médico) dentro de los 12 meses posteriores ala fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe enviarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos recetados) dentro de los 36 meses posteriores ala fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

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

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

Evidencia de cobertura Página 112 de 198

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o 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.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja* [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en donde debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

A veces, cuando está en la etapa deducible, usted puede comprar su medicamento en una farmacia de la red por un precio más bajo que el nuestro.

Evidencia de cobertura Página 113 de 198

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones v su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted se encuentra en la etapa deducible, no pagaremos ninguna parte de estos costos de medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

7. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de
 asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos
 de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de
 su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en
 situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Evidencia de cobertura Página 114 de 198

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 117		
Sección 1.1	Como miembro, tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, los proveedores y las instalaciones de nuestra red, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)		
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos . 117		
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal		
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos		
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención		
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado . 132		
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?		
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos		
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan		
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?133		

Evidencia de cobertura Página 116 de 198

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

Sección 1.1

Como miembro, tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, los proveedores y las instalaciones de nuestra red, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También podemos proporcionarle información 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 miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o contacte a su Asesor de miembros.

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener información adicional.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 brinda una explicación más amplia). Llame a Servicios para miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). No le pedimos que obtenga una referencia para acudir a proveedores de la red.

Evidencia de cobertura Página 117 de 198

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide 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 miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Evidencia de cobertura Página 118 de 198

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Aviso de privacidad de la información médica

Prácticas de privacidad de información médica

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Community First Health Plans está obligado por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que explica cómo podemos usar su información y cuándo podemos dar o "divulgar" esa información a otros. También tiene derechos con respecto a su información médica que se describen en este aviso. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso.

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

El término "información de salud" o "información" en este aviso incluye cualquier información que Community First Health Plans mantenga que pueda utilizarse razonablemente para identificarlo, que se relaciona con su condición de salud física o mental, el cuidado médico que recibe o el pago de su atención médica.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamos.

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos

Pídanos que corrijamos los registros de salud y reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o incompletos. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos
- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su cuidado.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y

Evidencia de cobertura Página 119 de 198

ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hiciéramos). La ley federal no nos obliga a proporcionar una contabilidad de las divulgaciones a las instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y ciertas otras divulgaciones. Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra en un plazo de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad.

Elija a alguien para que actúe por usted

- Si usted ha dado a alguien un poder notarial médico o es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presente una queja si cree que sus derechos son violados

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de contacto a continuación.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, Ilamando al 1-877-696-6775, o visitando HHS.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Háganos saber lo que desea que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado.
- Comparta información en una situación de emergencia.
- Póngase en contacto con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- · Propósitos de marketing
- · Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

Community First Health Plans recopila y mantiene información oral, escrita y electrónica para administrar nuestro negocio y proporcionar productos, servicios e información de importancia para los miembros del plan de salud. Mantenemos protecciones físicas, electrónicas y de procedimientos de seguridad en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros miembros, de acuerdo con los estándares estatales y federales, para proteger contra riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido.

Evidencia de cobertura Página 120 de 198

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayude a controlar el tratamiento de atención médica que recibe.

- Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que lo tratan y coordinan su atención. Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para organizar servicios adicionales.
- Podemos compartir su información médica con Asociados de Negocios que realizan funciones o servicios en nuestro nombre si es necesario la información. Los Asociados de Negocios están obligados por ley a proteger la privacidad de su información. No se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato y según lo permita la ley federal.
- Podemos proporcionar su información sobre programas o productos relacionados con la salud, como tratamientos y programas disponibles o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujeto a los límites impuestos por la ley.
- Podemos usar o divulgar información médica para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atención, como recordatorios de citas con proveedores que le brindan atención médica.

Dirigir nuestra organización

 Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización a fin de brindar y administrar su cobertura de atención médica.

Ejemplo: Podemos sugerir un programa de manejo de enfermedades a su médico para ayudarlo a mejorar su salud.

Podemos analizar datos para determinar cómo podemos desarrollar mejores servicios para usted.

• Podemos anular la identificación de la información médica de acuerdo con las leyes aplicables. Después de que se anule la identificación de esa información, la información ya no está sujeta a este aviso y se puede utilizar para cualquier propósito legal.

Pague sus servicios de salud

 Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos por sus servicios de atención médica, para el pago de primas debidos a Community First Health Plans, para determinar su cobertura, incluso para la subrogación o coordinación de otros beneficios que pueda tener.

Ejemplo: Podemos decirle a un médico si usted es elegible para la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.

Administre su plan

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan de salud para el plan y la administración.
- Ejemplo: Su empresa contrata con nosotros para proporcionar un plan de salud, y proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos. Podemos compartir otra información de salud para fines de administración del plan si el patrocinador del plan acepta restricciones especiales sobre su uso y divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.
- Podemos divulgar su información médica con fines de suscripción. La información genética no será utilizada o divulgada para este propósito.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que

Evidencia de cobertura Página 121 de 198

contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte HHS.gov/ocr/privacy/hipaa/ understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

- Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones tales como:
 - ✓ Informar o prevenir enfermedades a una autoridad de salud pública
 - ✓ Ayudar con los retiros de productos
 - ✓ Informar de reacciones adversas a medicamentos
 - √ Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - ✓ Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigación

• Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

 Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

A las personas involucradas con su cuidado

- Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada en su cuidado o que ayuda a pagar por su cuidado, como un miembro de su familia, cuando usted está incapacitado o en una emergencia, o cuando usted está de acuerdo o no se opone cuando se le da la oportunidad. Si no puede oponerse, utilizaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es en su mejor interés.
- Se aplican reglas especiales con respecto a cuándo podemos divulgar información médica a familiares y
 otras personas involucradas en el cuidado de una persona fallecida. Podemos divulgar información de salud
 a cualquier persona involucrada, antes de la muerte, en el cuidado o pago por el cuidado de una persona
 fallecida, a menos que seamos conscientes de que hacerlo sería incompatible con una preferencia previamente
 expresada por la persona fallecida.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director funerario cuando una persona muere.

Abordar las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información médica.
 - ✓ Para cumplir con las leyes de compensación laboral
 - ✓ Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
 - √ Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - ✓ Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales.

Evidencia de cobertura Página 122 de 198

 Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa o una citación.

Uso y divulgación de restricciones adicionales

Ciertas leyes estatales y federales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida información altamente confidencial sobre usted. Estas leyes pueden proteger el siguiente tipo de información:

- · Abuso de alcohol y sustancias
- Información biométrica
- Abuso o negligencia infantil o de adultos y agresión sexual
- Enfermedades transmisibles
- · Información genética
- VIH/SIDA
- · Salud mental
- · Información sobre menores
- Recetas médicas
- Salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Si el uso o divulgación de la información de salud descrita en este aviso está prohibido o limitado materialmente por otras leyes que se aplican a nosotros. Nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Para más información, ver HHS.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Evidencia de cobertura Página 123 de 198

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar las prácticas de privacidad de Community First Health Plans y los términos de este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted y a la información que recibamos en el futuro. El nuevo aviso estará disponible a petición en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com, y le enviaremos una copia en la próxima distribución anual.

Para obtener ayuda sobre sus derechos o para una copia de este Aviso de Privacidad

Servicios para miembros 1-833-434-2347

Para enviar una solicitud por escrito:

Community First Health Plans ATN: Servicios para miembros 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249

Para quejas:

Community First Health Plans ATN: Oficial de Privacidad 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249

Evidencia de cobertura Página 124 de 198



12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, TX 78249 CommunityFirstHealthPlans.com

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Oficial de privacidad: Kethra Barnes C Correo electrónico: privacy@cfhp.com

Teléfono: 1-800-434-2347

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. **Revísela con cuidado.**

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica suya que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos.

- Usted puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad.

 Usted puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

("SUS DERECHOS" continúa en la próxima página.)

Evidencia de cobertura Página 125 de 198

SUS DERECHOS continuado

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos.

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información anterior.
- Usted puede presentar una queja ante la oficina de derechos civiles del departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

SUS OPCIONES

Para determinada información médica, usted puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos.
- No compartir su información.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

Usted puede elegir no compartir su información. Si usted no comparte su información, su proceso de aplicación puede ser afectado. También puede afectar su acceso a nuestros sitios en Internet.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- · Venta de su información.

Su Información de Identificación Personal (PII)

PII se refiere a la información que se puede usar para identificarlo, ya sea sola o combinada con otra información.

- Al utilizar nuestros sitios en Internet, nos da permiso para recopilar su PII.
- Cuando busca o solicita un seguro de salud, proveer su PII es voluntario.

Evidencia de cobertura Página 126 de 198

PROTECCIONES INTERNAS DE LA INFORMACIÓN ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA DE LA SALUD

Contamos con protecciones para la información oral, escrita y electrónica en toda la organización.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su información de la salud:

- Capacitamos a nuestro personal para seguir nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.

- Hablamos de su información de salud sólo por motivos comerciales con personas que necesitan saberla.
- Mantenemos segura su información de salud cuando la enviamos o la almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su información de salud.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

 Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

 Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

 Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Evidencia de cobertura Página 127 de 198

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES continuado

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

• Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

 Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de privacidad federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

 Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de esta.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio en Internet, y le enviaremos una copia por correo.

Efectivo: 1 de enero del 2024

Oficial de Privacidad: Kethra Barnes Correo electrónico: privacy@cfhp.com

Teléfono: 1-800-434-2347

Evidencia de cobertura Página 128 de 198

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

Como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento):

- Información sobre nuestro plan. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.
 - Por ejemplo, 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.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores de Community First Health Plans Medicare Advantage.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores de Community First Health Plans Medicare Advantage.
 - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o visitar nuestro sitio web en MedicareAlamo.com.
- Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.
 - En los Capítulos 3 y 4 de este documento, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
 - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este documento y la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan. Estos capítulos, además de la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), describen qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este documento. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la

Evidencia de cobertura Página 129 de 198

atención, los tiempos de espera y otros asuntos).

• Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este documento.

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.
- Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención. Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este documento indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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.

Evidencia de cobertura Página 130 de 198

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. También puede comunicarse con Servicios para miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- **Completario y firmario.** 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.

Evidencia de cobertura Página 131 de 198

¿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 la agencia estatal específica correspondiente (como la Junta Médica de Texas o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas). Consulte el Capítulo 2 para obtener información de contacto sobre las agencias específicas de su estado.

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

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

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 18003681019 (TTY 18005377697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿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 miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Puede **Ilamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección

Evidencia de cobertura Página 132 de 198

3 del Capítulo 2.

- · Puede comunicarse con Medicare.
 - Usted puede visitar el sitio en línea de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare" para obtener más información en Medicare.gov/basics/your-medicare-rights.
 - 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 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). Estamos aquí para ayudar.

- Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos. En este documento 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, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.
 - 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. Llame a Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la
 totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto
 se lo denomina "coordinación de beneficios" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y
 medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su
 disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación
 de beneficios, consulte la Sección 6.1 del Capítulo 1).
- Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan. Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga 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. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **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

Evidencia de cobertura Página 133 de 198

médico, hospitales y otras oficinas.

- Pague lo que debe. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total).. El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Incluso si se muda dentro del área de servicio, debemos estar al tanto de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- Llame a Servicios para miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes. También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para miembros figuran en la contraportada de este documento.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

Evidencia de cobertura Página 134 de 198

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1	Introducción		
Sección 1.1 Sección 1.2	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud		
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada133		
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada		
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?134		
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?		
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones135		
Sección 4.1 Sección 4.2	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 135 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 136		
Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?136		
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 137		
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		
Sección 5.2	Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura(cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)		
Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1(cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)		
Sección 5.4	Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2		
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?		
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una		
	apelación146		
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D		
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?		
Sección 6.3 Sección 6.4	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones		
Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1(cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)		
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2		
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto156		
Sección 7.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos		
Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 157		
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital		

Evidencia de cobertura Página 131 de 198

	159	
Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	160
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto16	
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)	163
Sección 8.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	163
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	164
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	
Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	167
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	.169
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	169
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	170
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al	
	cliente u otras inquietudes	. 171
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	. 17
Sección 10.2	El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"	
Sección 10.3 Sección 10.4	Paso a paso: presentación de una queja	

También puede informarle a Medicare acerca de su queja174

Sección 10.5

Evidencia de cobertura Página 132 de 198

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

Ambos procesos han sido autorización por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

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

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece "presentar una queja" en lugar de "interponer un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" 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 para la situación en la que se encuentre. 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 ayudarlo 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

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Evidencia de cobertura Página 133 de 198

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

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

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

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

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, EMPIECE AQUÍ.

¿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. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

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

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a 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".

Evidencia de cobertura Página 134 de 198

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

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

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Evidencia de cobertura Página 135 de 198

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

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

- Puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- Su médico puede realizar la solicitud por usted.
 - 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 solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - 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 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- Puede solicitar que alguien actúe en su nombre. Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en CMS.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com.). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, no es obligatorio que contrate a un abogado para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

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

Existen cuatro tipos diferentes de 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".

Evidencia de cobertura Página 136 de 198

• **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 [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento tiene los números de teléfono para este programa).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 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 documento: *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, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" 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.
- 2. Nuestro plan no autorización la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
- 3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
- 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.
- 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.

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 otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

Sección 7 del Capítulo 9: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted

Evidencia de cobertura Página 137 de 198

considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.

 Sección 8 del Capítulo 9: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. 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 CORF.

Para todas las demás situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, S ección 5.2 .
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales

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

<u>Paso 1:</u> Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

Términos legales

Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "decisión acelerada".

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para miembros

Evidencia de cobertura Página 138 de 198

en el plan.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de 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, para una solicitud de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Para "decisiones de cobertura rápida", utilizamos un plazo 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, responderemos en un plazo de 24 horas.
 - No obstante, si está solicitando un artículo o servicio médico, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida solo si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida solo si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).

Evidencia de cobertura Página 139 de 198

- En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 24 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- 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.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud. 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.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 72 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una 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.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar

Evidencia de cobertura Página 140 de 198

una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **"reconsideración"** del plan.

<u>Paso 1:</u> Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

Qué hacer

- Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación o queja sobre su atención médica.
- Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud. También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación o queja sobre su atención médica).
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en CMS.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación o queja sobre su atención médica.)
- 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 este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le

Evidencia de cobertura Página 141 de 198

brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si aceptamos 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, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

• Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura

Evidencia de cobertura Página 142 de 198

de servicios que aún no ha recibido. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si está solicitando un artículo o servicio médico.
 Si decidimos 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" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales por su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o en un plazo de 7 días calendario si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, estamos obligados a
enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente". Cuando hacemos esto, significa que su
apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

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

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su
 "archivo de caso".
 Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.

Evidencia de cobertura Página 143 de 198

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si 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" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 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 dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar, o tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos 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". También se denomina "rechazar su apelación").
 - Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará

Evidencia de cobertura Página 144 de 198

cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. 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 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Cómo* solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos. 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 obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos* [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos 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. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- 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 rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

Evidencia de cobertura Página 145 de 198

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5).

- 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".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D) y el Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una "determinación de cobertura".

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).

Evidencia de cobertura Página 146 de 198

- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable.
 (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).
 - Tenga en cuenta lo siguiente: si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la autorización del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

Evidencia de cobertura Página 147 de 198

1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla).

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, "excepción al Formulario".

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a medicamentos del Nivel 4 No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- **2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*) (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción** al **Formulario"**.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se obtenga la autorización del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
 - Que se exija probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
 - Límites de cantidad. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte que paga del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas

Evidencia de cobertura Página 148 de 198

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 corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el *Nivel 5 Nivel de medicamentos especializados*.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

• Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para los

Evidencia de cobertura Página 149 de 198

detalles, consulte **la Sección 1 del Capítulo 2** y busque la sección denominada **"Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación o queja sobre su atención médica".** O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada **"Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido".**

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos. En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo". Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en nuestro formulario del plan, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales

Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una "determinación de cobertura acelerada".

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida solo si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos

Evidencia de cobertura Página 150 de 198

una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).

- En esta carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
- En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación 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 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda 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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que brindarle la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- Si rechazamos 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 "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

Evidencia de cobertura Página 151 de 198

- Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si rechazamos 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.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

• Si rechazamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama "redeterminación".

<u>Paso 1:</u> Se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

Qué hacer

- Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.
 - Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web
 por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección
 denominada: "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una
 apelación o queja sobre su atención médica".
- Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 en la subsección denominada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación o queja sobre su cuidado."
- Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 en la subsección denominada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación o queja sobre su cuidado."
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- 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, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Evidencia de cobertura Página 152 de 198

Términos legales

Una "apelación rápida" también se denomina "redeterminación acelerada".

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

• Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de 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. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si aceptamos 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"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de los 7 días calendario después de recibida su apelación.
 - Si aprobamos 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 su solicitud de 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.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de

Evidencia de cobertura Página 153 de 198

14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- 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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

<u>Paso 1:</u> Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- 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.

<u>Paso 2:</u> La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

• La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.

Evidencia de cobertura Página 154 de 198

• Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que 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.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el 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.
- Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, 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 aprueba 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 su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

<u>Paso 3:</u> Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Evidencia de cobertura Página 155 de 198

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. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos* (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).

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. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). 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.

- **1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:
 - 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 y a saber quién pagará por ella.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata 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. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

Evidencia de cobertura Página 156 de 198

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. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán 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.

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. A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos**. Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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.

<u>Paso 1:</u> 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.

¿Qué es la Organización de mejoras de calidad?

• Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

• 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

Evidencia de cobertura Página 157 de 198

nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

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 el día de su alta. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - 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 sobre su apelación, 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.

Pida una "revisión rápida":

• Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una "**revisión rápida**" del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales

Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata" o "revisión acelerada".

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales 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.

Evidencia de cobertura Página 158 de 198

Términos legales

La explicación por escrito se denomina "**Aviso detallado del alta**". Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o al 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en CMS.gov/Medicare/Medicare General Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de mejoras de 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. (Consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿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

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. 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.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

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

Evidencia de cobertura Página 159 de 198

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.

<u>Paso 3:</u> 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 la cobertura de 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. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. 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 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero). 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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Evidencia de cobertura Página 160 de 198

Términos legales

A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina "apelación acelerada".

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.
- No se olvide de pedir una "revisión rápida". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, 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.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- Si aceptamos su apelación rápida, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- Si rechazamos su apelación rápida, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada.
 Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si 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 rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

 Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente". Si hacemos esto, significa que usted va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Evidencia de cobertura Página 161 de 198

Términos legales

El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente**". A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

 Estamos obligados a enviar la información 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. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> 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.

- La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si esta organización acepta su apelación, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan 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. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

<u>Paso 3:</u> Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (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.

Evidencia de cobertura Página 162 de 198

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

Sección 8.1 Esta sección 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)

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención solamente:

- Servicios de atención médica a domicilio que está recibiendo.
- Atención de enfermería especializada que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, Definiciones de palabras importantes).
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, Definiciones de palabras importantes).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, 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. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

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 la parte que nos corresponde 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

- **1. Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, 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.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Evidencia de cobertura Página 163 de 198

Términos legales

Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación rápida"**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 8.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida).

El aviso escrito se denomina "Aviso de no cobertura de Medicare".

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- 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. A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de mejoras de calidad?

• Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

• En el aviso por escrito que recibió 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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

Evidencia de cobertura Página 164 de 198

¿Qué debe pedir?

 Pídale a esta organización una "apelación rápida" (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, 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 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- 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.
- 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 aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Este aviso por escrito se denomina "Explicación detallada de no cobertura."

<u>Paso 3:</u> 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 (consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- 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.

Evidencia de cobertura Página 165 de 198

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

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.

<u>Paso 3:</u> 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.
- Usted 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. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Evidencia de cobertura Página 166 de 198

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. 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 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 en la Sección 8.3, 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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales

A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina "apelación acelerada".

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación o queja sobre su atención médica"..
- No se olvide de pedir una "revisión rápida". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a 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.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

• Si aceptamos su apelación rápida, significa que hemos aceptado que 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).

Evidencia de cobertura Página 167 de 198

- Si rechazamos su apelación rápida, 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.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

 Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente". Si hacemos esto, significa que usted va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación 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.

Términos legales

El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

• Estamos obligados a enviar la información 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. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> 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.

- La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- Si esta organización acepta su apelación, entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los 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 si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Evidencia de cobertura Página 168 de 198

<u>Paso 3:</u> Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. 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 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico 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. Si el valor en dólares es suficientemente alto, 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*.

 Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - 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. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Evidencia de cobertura Página 169 de 198

- 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. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor en dólares requerido.
 - 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. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

• Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o mediador dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.
- 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. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Evidencia de cobertura Página 170 de 198

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos autorizar o 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 decisión.
- 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. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

• Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

② Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no* es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados 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.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	 ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

Evidencia de cobertura Página 171 de 198

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	 ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para miembros? ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	 ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para 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.
Limpieza	 ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	 ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Fiemnlo

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

• En esta sección, una "queja" también se denomina "reclamo".

Oueia

- 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".

Evidencia de cobertura Página 172 de 198

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 miembros. Si debe hacer algo más, Servicios para miembros se lo indicará. Servicios para miembros se puede contactar al 210-358-6386 o sin cargo al 1-833-434-2347. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (El servicio de mensajes está disponible los fines de semana y diías feriados desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre)

- Servicios para miembros también cuenta con servicio gratuito de interpretación disponible para miembros que no hablen inglés.
- 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.
- Community First Health Plans debe recibir su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente del que se queja. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, proporcionamos información de contacto incorrecta, etc.), infórmenos y es posible que podamos aceptar su queja después de 60 días. Atenderemos su queja lo antes posible, pero no más tarde de 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional o es posible que desee proporcionar información adicional. Si eso ocurre, es posible que nos tomemos 14 días adicionales para responder a su queja. Si se toman los 14 días adicionales, recibirá una carta informándole. Si su queja se debe a que demoramos 14 días adicionales en responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja rápida. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2.
- Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para miembros inmediatamente. La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida". Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales

En esta sección, una "queja rápida" también se denomina "reclamo acelerado".

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Evidencia de cobertura Página 173 de 198

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de mejoras de calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (sin presentarnos la queja).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo. Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Evidencia de cobertura Página 174 de 198

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción17	7
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	7
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?17	7
Sección 2.1 Sección 2.2 Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	8'
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 17	9
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?18	0
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	0
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos través de nuestro plan	
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	31
SECCIÓN 5	Debemos cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	31
Sección 5.1 Sección 5.2 Sección 5.3	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	2

Evidencia de cobertura Página 176 de 198

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que quiere dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe **cómo** puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero 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 su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

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.

- ¿Cuándo es el Período de inscripción anual? El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- ¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual? Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - O bien, Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan 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.

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 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan

Evidencia de cobertura Página 177 de 198

de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

• ¿Cuándo se cancelará su membresía? Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- ¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage? Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- ¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage? Durante este período, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- ¿Cuándo se cancelará su membresía? Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- ¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial? Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (Medicare.gov):
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si rompemos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC).
 - Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of Allinclusive Care for the Elderly, PACE).

Evidencia de cobertura Página 178 de 198

- 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.
- ¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial? Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- ¿Qué puede hacer? Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien,* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan 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.

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. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

• ¿Cuándo se cancelará su membresía? Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Puede encontrar la información en el manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2025).
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual Medicare & You (Medicare
 y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por
 primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<u>Medicare.gov</u>). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- 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.

Evidencia de cobertura Página 179 de 198

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

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- *O bien,* 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.

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. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

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 Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	 Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
 Medicare Original 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 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1. 	 Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). 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 Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Evidencia de cobertura Página 180 de 198

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan. Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- 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, deberá llamar a Servicios para miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para miembros figuran en la contraportada de este documento).
- 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 intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro Community First Health Plans para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Evidencia de cobertura Página 181 de 198

• 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 miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Evidencia de cobertura Página 182 de 198

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	185
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	185
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	185
SECCIÓN 4	Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su Plan Estándar Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan	.186
SECCIÓN 5	Tarjeta de membresía	188
SECCIÓN 6	Contratistas independientes	188
SECCIÓN 7	Fraude del plan de atención médica	188
SECCIÓN 8	Circunstancias fuera del control del Community First Health Plans	188

Evidencia de cobertura Página 184 de 198

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes 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.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Community First Health Plans, 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.

Evidencia de cobertura Página 185 de 198

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su Plan Estándar Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan

Cuando esté lesionado

Si se lesiona por las acciones de otra persona o de usted mismo (parte responsable), Community First Health Plans proporcionará beneficios para todos los servicios cubiertos que reciba a través de este plan. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a sus lesiones, ya sea a través de un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago asociado con sus lesiones, Community First Health Plans y / o los proveedores que lo tratan conservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio, proporcionado a usted a través de este plan de acuerdo con la ley estatal aplicable. Tal como se utiliza en esta disposición, el término parte responsable significa cualquier parte real o potencialmente responsable de realizar cualquier pago a un miembro debido a una lesión, enfermedad o condición de un miembro. El término parte responsable incluye al asegurador de responsabilidad de dicha parte o cualquier cobertura de seguro. Algunos ejemplos de cómo podría resultar lesionado por las acciones de una parte responsable son:

- Está involucrado en un accidente automovilístico
- Se resbala y cae en una tienda

El derecho de recuperación de Community First Health Plans se aplica a todas y cada una de las recuperaciones recibidas por usted, realizadas a usted por un tercero o realizadas en su nombre de las siguientes fuentes, que incluyen, entre otras, las siguientes:

- Pagos realizados por un tercero o una compañía de seguros en nombre de un tercero
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente
- Protección contra lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de primera parte
- Compensación laboral o indemnización por discapacidad o acuerdo
- Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro de propiedad o vivienda, cobertura general
- Cualquier acuerdo recibido que surja de una acción legal o una demanda
- Cualquier juicio recibido que surja de una acción legal o una demanda.
- Gastos médicos incurridos como resultado de negligencia médica
- Cualquier otro pago de otras fuentes recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted reconoce que Community First Health Plans tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se adjunta cuando este plan ha pagado los beneficios de atención médica por los gastos incurridos debido a las acciones u omisiones de una parte responsable y usted o su representante se recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier cantidad de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, también:

- Le otorga a nuestro plan una cesión de su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible en la medida del costo total de todos los servicios cubiertos proporcionados por el Community First Health Plans.
- Usted acepta indicar específicamente a dichos terceros o compañías de seguros que reembolsen directamente a Community First Health Plans en su nombre.

Evidencia de cobertura Página 186 de 198

Al aceptar los beneficios bajo este plan, también le otorga a nuestro Community First Health Plans un gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso adeudado a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados bajo el plan que están asociados con lesiones, enfermedades o afecciones debidas a acciones u omisiones de una parte responsable, independientemente de si se identifica específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de si se le indemniza en su totalidad 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 de culpa por parte del miembro, ya sea por negligencia comparativa o de otro tipo. No se pueden deducir honorarios de abogados de la recuperación de Community First Health Plans, 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 debido a una parte responsable, debe cooperar con Community First Health Plans y / o los esfuerzos del proveedor tratante para recuperar sus gastos, que incluyen:

- Informar a Community First Health Plans 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 con sus lesiones o reclamo, incluida una descripción de cómo fueron causadas las lesiones.
- Completar el papeleo que Community First Health Plans o el proveedor tratante puedan razonablemente requerir para ayudar a hacer cumplir el gravamen o el derecho de recuperación en cuestión.
- Responder con prontitud a las consultas de Community First Health Plans sobre el estado del caso o reclamo y cualquier discusión sobre el acuerdo.
- Notificar a Community First Health Plans inmediatamente después de recibir cualquier dinero de las partes responsables, cualquier compañía de seguros o 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 en virtud del plan que estén asociados con lesiones, enfermedades
 o condiciones debidas 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 haga nada que perjudique los derechos de nuestro Community First Health Plans según lo establecido anteriormente. Esto incluye, por ejemplo, los siguientes casos:
 - abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por Community First Health Plans o cualquier intento de negarle a nuestro plan su derecho prioritario de recuperación;
 - mantener en fideicomiso el dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, y reembolsar a Community First Health Plans o al proveedor tratante, según corresponda, el monto de la recuperación adeudado al plan tan pronto como se le paga y antes del pago de otros posibles titulares de gravámenes o terceros que reclamen un derecho a recuperar.

Evidencia de cobertura Página 187 de 198

SECCIÓN 5 Tarjeta de membresía

Una tarjeta de membresía emitida por Community First Health Plans bajo esta Evidencia de Cobertura es solo para propósitos de identificación. La posesión de una tarjeta de membresía no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios bajo esta Evidencia de Cobertura. Para tener derecho a los servicios o beneficios según esta Evidencia de Cobertura, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y ser miembro de esta Evidencia de Cobertura. Cualquier persona que reciba servicios a los que no tenga derecho en virtud de esta Evidencia de Cobertura será responsable del pago o reembolso de esos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de membresía del plan del Community First Health Plans, no la tarjeta de Medicare, en el momento del servicio. Llame a Servicios para miembros al número que se encuentra en la contraportada de este documento si necesita reemplazar su tarjeta de membresía.

Nota: Cualquier miembro que a sabiendas permita el abuso o el uso indebido de la tarjeta de membresía puede ser desafiliado por una causa. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General sobre la cancelación de la inscripción que resulte del abuso o uso indebido de la tarjeta de membresía, lo que puede resultar en un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es la de un contratista independiente. Los proveedores participantes **no son** empleados ni agentes de Community First Health Plans y ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es un empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso Community First Health Plans será responsable por la negligencia, acto ilícito u 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 del plan de atención médica

El fraude al plan de salud es un engaño o tergiversación por parte de un proveedor, miembro, empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. **Es un delito grave que puede ser procesado.** Cualquier persona que deliberadamente y a sabiendas participe en una actividad destinada a defraudar al plan de atención médica al presentar una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

Si está preocupado por alguno de los cargos que aparecen en una factura o en el formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la línea directa de fraude de nuestro plan al 210-358-6332. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias fuera del control del Community First Health Plans

En la medida en que las circunstancias (como un desastre natural, guerra, disturbios, insurrección civil, epidemia, destrucción total o parcial de instalaciones, explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, discapacidad de personal de un grupo médico significativo u otros eventos similares fuera de el control de nuestro plan) dan como resultado que las instalaciones o el personal de Community First Health Plans no estén disponibles para proporcionar o coordinar servicios o beneficios bajo esta Evidencia de Cobertura, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que nuestro plan sea un buen esfuerzo de fe para proporcionar o hacer arreglos para la provisión de tales servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

Evidencia de cobertura Página 188 de 198

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En La tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

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). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biological Product: A prescription drug that is made from natural and living sources like animal cells, plant cells, bacteria, or yeast. Biological products are more complex than other drugs and cannot be copied exactly, so alternative forms are called biosimilars. (See also "Original Biological Product" and "Biosimilar").

Biosimilar: A biological product that is very similar, but not identical, to the original biological product. Biosimilars are as safe and effective as the original biological product. Some biosimilars may be substituted for the original biological product at the pharmacy without needing a new prescription (See "Interchangeable Biosimilar")

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado 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

Evidencia de cobertura Página 190 de 198

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. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

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 el 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 más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de que pague los deducibles. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 25%).

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo compartido 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. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver 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 y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. 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.

Evidencia de cobertura Página 191 de 198

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento 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. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los 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: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen \$5,030.

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 patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

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 Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) 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

Evidencia de cobertura Página 192 de 198

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. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. 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 Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de prestaciones en tiempo real: Portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y las prestaciones. Esto incluye importes de gastos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

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.

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. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

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 originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento

Evidencia de cobertura Página 193 de 198

con nombre de marca.

Medicamento genérico: un 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. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan Medicare Cost, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

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. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

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

Organización para mejoras de calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o plan Medicare con "pago por servicio"): el plan Medicare Original es ofrecido

Evidencia de cobertura Página 194 de 198

por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, 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. Medicare Original 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. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año 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 Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original 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 es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y 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: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. 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 la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of Allinclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una

Evidencia de cobertura Página 195 de 198

Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private FeeforService, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Medicare Original. 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. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of AllInclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (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 de fabricantes: Programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Evidencia de cobertura Página 196 de 198

Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Physician/Provider, PCP): su Proveedor de Cuidado Primario es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su Proveedor de Cuidado Primario antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. 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 nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el 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, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este documento, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios para miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para miembros, consulte el Capítulo 2.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

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.

Umbral de gastos de bolsillo: Importe máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Evidencia de cobertura Página 197 de 198

Servicios para miembros de Community First Medicare Advantage Plan

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAME AL	7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 - March 31) Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 - September 30) Message service available on weekends and holidays from April 1 - September 30
ΤΤΥ	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA A	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com

Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)

HICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	info@shiptacenter.org
SITIO WEB	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 09381051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C42605, Baltimore, Maryland 212441850.

Evidencia de cobertura Página 198 de 198