

Evidencia de cobertura 2024 para
UCare Classic (HMO-POS) - North

Aviso de no discriminación

UCare cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayudas y servicios sin cargo a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como línea de TTY o información escrita en otros formatos, como letra grande.

Si necesita estos servicios, llámenos al **612-676-3200 (voz)** o a la línea gratuita **1-800-203-7225 (voz)**, **612-676-6810 (TTY)** o al **1-800-688-2534 (TTY)**.

Brindamos servicios lingüísticos sin cargo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados o información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía o al **612-676-3200** o al número gratuito **1-800-203-7225 (voz)**; **612-676-6810** o gratis al **1-800-688-2534 (TTY)**.

Si cree que UCare no le proporcionó estos servicios o lo discriminó en otro aspecto por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja oral o escrita.

Reclamo oral

Si es miembro actual de UCare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía. En caso contrario, llame al **612-676-3200** o a la línea gratuita **1-800-203-7225 (voz)**; **612-676-6810** o a la línea gratuita al **1-800-688-2534 (TTY)**. También puede usar estos números si necesita ayuda para presentar un reclamo.

Reclamo por escrito

Dirección postal

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Correo electrónico: cag@ucare.org

Fax: 612-884-2021

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 612-676-3200/1-800-203-7225 (телетайп: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534)።

ဟံသုဂ်ဟံသး-နမ့်ကတိံ ကညိံ ကျိင်အယိံ, နမန့် ကျိင်အတိံမစာလော တလက်ဘုဂ်လက်စု နီတမံဘဂ်သုနုဂ်လိံ. ဝိ: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បរិវេណក្រុម ចូរ ទូរស័ព្ទ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (رقم هاتف الصم والبكم: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS : 612-676-6810/1-800-688-2534).

주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

Multi-Language Insert Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **612-676-3200/1-800-203-7225**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **612-676-3200/1-800-203-7225**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **612-676-3200/1-800-203-7225**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **612-676-3200/1-800-203-7225** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **612-676-3200/1-800-203-7225**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **612-676-3200/1-800-203-7225** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **612-676-3200/1-800-203-7225**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **612-676-3200/1-800-203-7225**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **612-676-3200/1-800-203-7225** र फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **612-676-3200/1-800-203-7225**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **612-676-3200/1-800-203-7225**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **612-676-3200/1-800-203-7225**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**612-676-3200/1-800-203-7225** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de UCare Classic (HMO-POS)

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al 612-676-3600 o al 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). El horario es de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

Este plan, UCare Classic, es ofrecido por UCare Minnesota. Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a UCare Minnesota. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refiere a UCare Classic).

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en la contraportada de este documento.

Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- Su prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Y0120_2459_7970_082023_C

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

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1	Primeros pasos como miembro.....	12
SECCIÓN 1	Introducción.....	13
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?	14
SECCIÓN 3	Materiales importantes sobre la membresía que recibirá	15
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para UCare Classic.....	17
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual.....	20
SECCIÓN 6	Mantener actualizado el registro de membresía de su plan.....	22
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	23
CAPÍTULO 2	Números de teléfono y recursos importantes	25
SECCIÓN 1	Contactos de UCare Classic (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo la forma de comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente).....	26
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	34
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	36
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad	37
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	38
SECCIÓN 6	Medicaid.....	39
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....	40
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....	42
SECCIÓN 9	¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....	43
CAPÍTULO 3	Usar el plan para sus servicios médicos.....	44
SECCIÓN 1	Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan	45
SECCIÓN 2	Usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica.....	47
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	50
SECCIÓN 4	¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de sus servicios?.....	52
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?	52
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una “institución de atención médica religiosa no médica”	54
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipo médico duradero	55

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 4	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) .57
SECCIÓN 1	Comprender sus costos de desembolso directo para los servicios cubiertos..58
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará.....60
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....125
CAPÍTULO 5	Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D130
SECCIÓN 1	Introducción.....131
SECCIÓN 2	Surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan131
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan135
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....136
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto?138
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?140
SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos no están cubiertos por el plan?.....142
SECCIÓN 8	Surtir una receta.....143
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en situaciones especiales.....144
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de medicamentos y el manejo de medicamentos145
CAPÍTULO 6	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....148
SECCIÓN 1	Introducción.....149
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.151
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....152
SECCIÓN 4	No hay deducible para UCare Classic153
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus medicamentos recetados y usted paga la suya.....154
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de vacío de cobertura157
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....158
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba.....158

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 7	Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	160
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	161
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido	164
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	164
CAPÍTULO 8	Sus derechos y responsabilidades.....	166
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	167
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	173
SECCIÓN 3	Si desea más información o tiene sugerencias sobre la información en este capítulo	174
CAPÍTULO 9	Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	176
SECCIÓN 1	Introducción.....	177
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	177
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe usar?.....	178
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	179
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	182
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	190
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que se cubra una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más larga si considera que se le está dando el alta demasiado pronto.....	200
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto	207
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	213
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	216

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 10	Finalización de su membresía en el plan	220
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan.....	221
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	221
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	223
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	224
SECCIÓN 5	UCare Classic debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones	225
CAPÍTULO 11	Avisos legales.....	227
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	228
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	228
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	228
SECCIÓN 4	Aviso sobre el plazo de cobertura del miembro	228
SECCIÓN 5	Aviso sobre modificaciones	229
SECCIÓN 6	Aviso sobre cesión de derechos.....	229
SECCIÓN 7	Aviso sobre la conformidad con los estatutos	229
SECCIÓN 8	Aviso sobre error administrativo	229
SECCIÓN 9	Representantes designados	229
SECCIÓN 10	Exclusión voluntaria de Medicare por parte del proveedor.....	230
SECCIÓN 11	Responsabilidad civil.....	230
CAPÍTULO 12	Definiciones de palabras importantes.....	232

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en UCare Classic, que es un plan HMO con Punto de servicio de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, UCare Classic. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso al proveedor en este plan difieren de Original Medicare.

UCare Classic es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud) con una opción Punto de servicio (Point-of-Service, POS) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. “Punto de servicio” significa que usted puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de Punto de servicio).

La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de UCare Classic.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo UCare Classic cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato está vigente por los meses en los que esté inscrito en UCare Classic entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de UCare Classic después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar UCare Classic cada año. Puede seguir obteniendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare;
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para UCare Classic

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Minnesota: Aitkin, Becker, Carlton, Cass, Clay, Cook, Crow Wing, Hubbard, Kanabec, Lake, Morrison, Pine y St. Louis.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

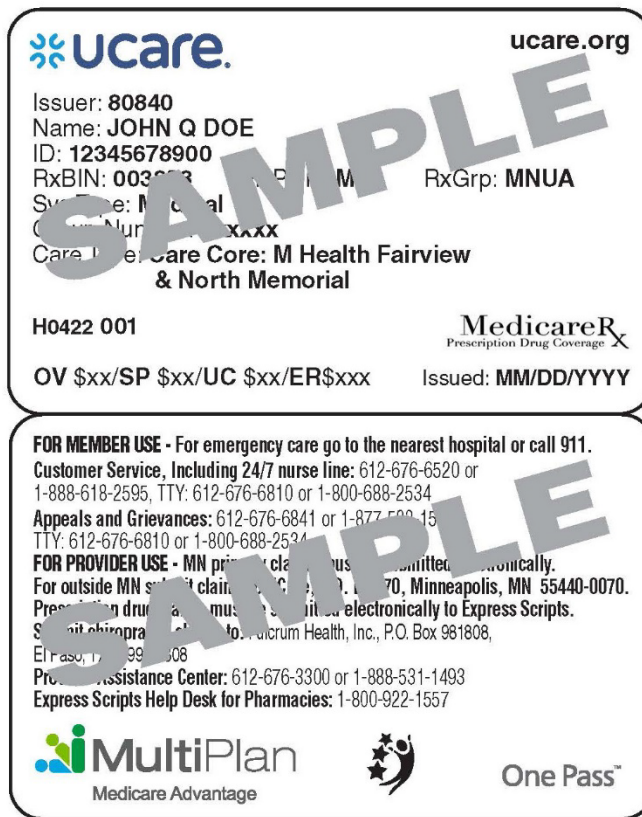
Sección 2.3 Ciudadano de los Estados Unidos o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a UCare Classic si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. UCare Classic debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí hay una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de UCare Classic, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de un centro de cuidados paliativos (hospicio) o para participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, la pierde o se la roban, llame al Servicio de Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores de la red, farmacias y proveedores de equipos médicos duraderos actuales.

Los proveedores de red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios urgentes cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que UCare Classic autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La cobertura está disponible para determinados servicios de proveedores y centros fuera de la red a través del beneficio de Punto de servicio (POS). Los beneficios POS están cubiertos al nivel de costo compartido fuera de la red. Usted no necesita una remisión de su PCP antes de usar beneficios POS. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el beneficio POS.

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas a los miembros de nuestro plan. Puede usar el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

La lista más reciente de proveedores, farmacias y vendedores está disponible en nuestro sitio web en ucare.org/searchnetwork.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicio de Atención al Cliente. Las solicitudes de copias impresas del Directorio de proveedores y farmacias se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. Puede solicitar a Servicio de Atención al Cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo sus cualificaciones. También puede ingresar al Directorio de proveedores y farmacias en ucare.org/searchnetwork, o descargarlo de ucare.org/formembers. Tanto Servicio de Atención al Cliente como el sitio web le brindan la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en UCare Classic. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de UCare Classic.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La “Lista de medicamentos” también le dice si hay alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (ucare.org/searchdruglist) o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para UCare Classic

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de Beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con ingresos limitados a pagar por sus medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7, le informa más acerca de este programa. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura podría no aplicarse a usted**. Le enviamos un inserto separado, llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula del subsidio por ingresos limitados” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio de Atención al Cliente y pregunte por la “Cláusula LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2024* (*Medicare & You 2024*), la sección llamada “Costos de Medicare 2024”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de UCare Classic es de \$204.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima de Beneficios complementarios opcionales

Si se inscribió para beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, entonces paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, para obtener más información. Los miembros de UCare Classic tienen la opción de comprar el paquete de beneficios de Choice Dental. La prima mensual de este beneficio complementario opcional es de \$25. Si tiene preguntas sobre sus primas del plan, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en UCare Classic, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o incluida en un boletín del plan. Guarde esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- **Nota:** Los siguientes *no* constituyen cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

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

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de haber sido 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 haya tenido 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 2023, este monto promedio de prima fue de \$32.74. Esta cantidad puede cambiar para 2024.
- Para calcular su multa mensual, multiplica el porcentaje de multa y la prima mensual promedio y luego redondéela a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería 14% veces \$32.74, lo que equivale a \$4.5836. Esto se redondea a \$4.58. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de 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 durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si es menor 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 solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por envejecimiento 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. Generalmente, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha que figure en la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si 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.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta diciéndole cuál será esa cantidad adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta de Jubilación Ferroviaria u Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente 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. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad adicional, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional, puede pedirle 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 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias maneras en que puede pagar la prima de su plan

Hay seis maneras en que puede pagar su prima del plan. Enumeramos nuestras opciones de pago en el formulario de inscripción. Puede elegir una cuando complete el formulario. O póngase en contacto con nosotros por teléfono o por escrito para elegir su opción de pago.

Opción 1: Pago con cheque

Puede pagar la prima mensual de su plan con cheque. Le enviaremos un estado de cuenta mensual. Envíenos un cheque por correo a nombre de:

UCare
PO Box 9122
Minneapolis, MN 55480-9122

Los pagos vencen el día 1 de cada mes.

Opción 2: Pago en línea

Puede pagar su prima mensual del plan en línea con tarjeta de crédito. Regístrese para tener una cuenta segura en línea, en **member.ucare.org**. Con su Cuenta de miembro, puede realizar un pago único con tarjeta de crédito. De todas maneras, le enviaremos un estado de cuenta cada mes.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 3: Pago por teléfono

Puede pagar su prima mensual del plan por teléfono. Llame al Servicio de Atención al Cliente y siga las indicaciones. Con este método, puede pagar con una tarjeta de crédito/débito o una cuenta corriente/de ahorros. De todas maneras, le enviaremos un estado de cuenta cada mes.

Opción 4: Pago por transferencia electrónica de fondos (EFT)

Puede hacer que la prima mensual de su plan se debite automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener un formulario de pago automático. Complete el formulario y envíenoslo de vuelta para configurar sus pagos mensuales. También puede encontrar el formulario en línea en ucare.org/formembers.

Debitaremos sus pagos de primas entre el día 7 y el 10 de cada mes. No recibirá un estado de cuenta mensual por correo.

Opción 5: Haga que su prima del plan se debite de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que su prima del plan se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Nos complacerá poder ayudarlo a organizar esto.

Opción 6: Haga que su prima del plan se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria

Puede hacer que su prima del plan se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Nos complacerá poder ayudarlo a organizar esto.

Cambiar la forma en que paga su prima del plan

Si decide cambiar la forma en que paga su prima del plan, su nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con nosotros por teléfono o por escrito.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan vence en nuestra oficina el día 1 del mes. Si no hemos recibido su pago antes del día 12 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía del plan finalizará si no recibimos su prima dentro de los 90 días. Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque usted no pagó su prima, tendrá cobertura de salud bajo Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si no tiene cobertura de medicamentos acreditable por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

En el momento en que finalicemos su membresía, es posible que aún nos deba por las primas que no haya pagado. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos cancelado injustamente su membresía, puede presentar una queja (también llamado reclamo); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y causó que no pudiera pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. El Capítulo 9, Sección 10, de este documento explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 612-676-3600 o al 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita) entre las 8 am y las 8 pm, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). Debe hacer su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro califica para “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, de compensación de trabajadores o de Medicaid)
- Si tiene cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicio de Atención al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura 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 enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Por favor, lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicio de Atención al Cliente. Es posible que deba dar 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 la cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama el pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si hay costos que quedan sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para 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, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted tiene más de 65 años y su cónyuge o pareja doméstica todavía está trabajando,

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de UCare Classic (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo la forma de comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo ponerse en contacto con Servicio de Atención al Cliente del Plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de UCare Classic. Nos complacerá poder ayudarlo.

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME	612-676-3600 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana El Servicio de Atención al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	612-676-6501 1-866-457-7145
ESCRIBA	Attn: Customer Service UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052
SITIO WEB	ucare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME	Servicio de Atención al Cliente 612-676-3600 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	612-884-2021 1-866-283-8015 Attn: Appeals and Grievances
ESCRIBA	Attn: Standard Review UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052
SITIO WEB	ucare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica

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

Método	Apelaciones para atención médica: información de contacto
LLAME	Apelaciones y quejas 612-676-6841 1-877-523-1517 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	612-884-2021 1-866-283-8015 Attn: Appeals and Grievances
ESCRIBA	Attn: Appeals and Grievances UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052 O envíenos un correo electrónico a cag@ucare.org.
SITIO WEB	ucare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo hacer una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas de atención médica: información de contacto
LLAME	Servicio de Atención al Cliente 612-676-3600 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	612-884-2021 1-866-283-8015 Attn: Appeals and Grievances
ESCRIBA	Attn: Appeals and Grievances UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052 O envíenos un correo electrónico a cag@ucare.org.
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre UCare Classic directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre un medicamento recetado de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	Servicio de Atención al Cliente 612-676-3600 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX	1-855-668-8552
ESCRIBA	Attn: Medicare Reviews Navitus Health Solutions PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	Apelaciones y quejas 612-676-6841 1-877-523-1517 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 4:30 pm, de lunes a viernes Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	612-884-2021 1-866-283-8015 Attn: Appeals and Grievances
ESCRIBA	Attn: Appeals and Grievances UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052 O envíenos un correo electrónico a cag@ucare.org .
SITIO WEB	ucare.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	Servicio de Atención al Cliente 612-676-3600 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	612-884-2021 1-866-283-8015 Attn: Appeals and Grievances
ESCRIBA	Attn: Appeals and Grievances UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052 O envíenos un correo electrónico a cag@ucare.org .
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre UCare Classic directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME	<p>Servicio de Atención al Cliente 612-676-3600 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana</p>
TTY	<p>612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana</p> <p>Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p>
FAX:	<p>Solo para reclamos médicos: 612-884-2021 1-866-283-8015</p> <p>Solo para reclamos de medicamentos recetados (Navitus Health Solutions): 1-855-668-8550</p>
ESCRIBA	<p>Para reclamos médicos, envíe al Departamento de Reembolso Directo para Miembros (Direct Member Reimbursement, DMR) de UCare: Attn: DMR Department UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052</p> <p>Para reclamos de medicamentos recetados, envíe a Navitus Health Solutions: Navitus Health Solutions Manual Claims PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039</p>
SITIO WEB	ucare.org

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Esta llamada es gratuita.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>estimado</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso directo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre UCare Classic:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre UCare Classic directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web usando una computadora. O bien puede llamar a Medicare y decirles lo que está buscando.</p> <p>Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Minnesota, el SHIP se denomina Senior LinkAge Line®.

Senior LinkAge Line® es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los asesores de Senior LinkAge Line® pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Senior LinkAge Line® también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR (LOCALIZADOR DE SHIP) en la mitad de la página.
- Seleccione su STATE (ESTADO) de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Senior LinkAge Line® (SHIP de Minnesota): información de contacto
LLAME	1-800-333-2433 (esta llamada es gratuita).
TTY	Llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al 711 o use su servicio de retransmisión preferido. (Esta llamada es gratuita).
ESCRIBA	Minnesota Board on Aging PO Box 64976 St. Paul, MN 55164-0976
SITIO WEB	www.seniorlinkageline.com

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Aquí hay una lista de las Organizaciones para la Mejora de la Calidad en cada estado en que brindamos servicios. En Minnesota, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagado por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Piensa que su cobertura para atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) están terminando demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad para Minnesota): información de contacto
LLAME	1-888-524-9900 (esta llamada es gratuita). De 9 am a 5 pm, de lunes a viernes De 11 am a 3 pm los fines de semana
TTY	1-888-985-8775 (esta llamada es gratuita). Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	1-855-236-2423
ESCRIBA	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su 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 informarles del cambio.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Esta llamada es gratuita. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Esta llamada es gratuita. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos de determinadas personas ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +)).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo calificado (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores y discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Método	Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (programa Medicaid de Minnesota): información de contacto
LLAME	651-431-2670 (Área metropolitana de Twin Cities) 1-800-657-3739 (Fuera del área metropolitana de Twin Cities) Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 am a 5 pm
TTY	1-800-627-3529 (este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla). O 711 o utilice su servicio de retransmisión preferido (No necesita equipo telefónico especial para llamar a este número). Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA	Minnesota Department of Human Services PO Box 64976 St. Paul, MN 55164-0976
SITIO WEB	mn.gov/dhs

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir sus costos de medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si califica, recibe ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus costos de desembolso directo.

Si califica automáticamente para “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que hacer la solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para averiguar si califica para recibir “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que ha calificado para “Ayuda adicional” y considera que está pagando un monto incorrecto de costo compartido cuando recibe su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Primero, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente. Le ayudaremos a identificar qué documentación debe enviarnos. Al recibir su documentación, la revisaremos y determinaremos si cumple con los requisitos de Medicare. Si la documentación cumple con los requisitos de Medicare, corregiremos su monto de costo compartido. Si la documentación no respalda un cambio en el monto de su costo compartido, se lo notificaremos.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos. O le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está llevando su copago como una deuda que usted debe, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Medicamentos Assistance Program, ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que están viviendo con VIH/SIDA y que reúnen los requisitos para el programa ADAP a tener acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para asistencia con el costo compartido de la receta.

Este programa puede ayudarle si usted:

- No es elegible para cobertura de medicamentos a través de programas como Medicaid o MinnesotaCare
- Tienen cobertura de medicamentos a través de la Parte D de Medicare y necesitan ayuda para pagar los copagos y deducibles de medicamentos

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el Estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por Estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos y cómo inscribirse en el programa, llame a:

Método	Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Minnesota (ADAP): información de contacto
LLAME	Área metropolitana de Twin Cities: 651-431-2414 Estatal: 1-800-657-3761 (esta llamada es gratuita).
TTY	1-800-627-3529 (este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla). O 711 o utilice su servicio de retransmisión preferido (No necesita equipo telefónico especial para llamar a este número). Esta llamada es gratuita.
FAX:	651-431-7414
ESCRIBA	HIV/AIDS Programs, Department of Human Services PO Box 64972 St. Paul, MN 55164-0972
SITIO WEB	https://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/hiv-aids/programs-services/medications.jsp

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

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

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria: información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Esta llamada es gratuita. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm, lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm el miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador (o de su cónyuge o pareja doméstica) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud de empleador o jubilados (o de su cónyuge o pareja doméstica), las primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3

*Usar el plan para sus
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura de atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para proporcionar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, UCare Classic debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

UCare Classic generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario² significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para

obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

- **Por lo general, usted recibe atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red del plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios proporcionados. *Aquí hay cuatro excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto, y para saber qué significa atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Puede obtener determinados servicios cubiertos a través del beneficio de Punto de servicio al nivel de costo compartido dentro de la red. No necesita una remisión de un PCP antes de obtener servicios a través del beneficio de Punto de servicio. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el beneficio de Punto de servicio.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Debe obtener nuestra autorización antes de buscar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo tener aprobación para ir a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este Capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe de un centro certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está accesible o disponible temporalmente. El costo compartido que pagaría por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que pagaría dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor regular para diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis podría ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su atención médica
--

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

Un PCP es un proveedor que lo conoce a usted y su historial médico. Su PCP está capacitado para brindarle atención médica básica. Cuando se convierte en miembro del plan, debe elegir una clínica de atención primaria. Una clínica de atención primaria es una clínica dentro de la red de UCare Classic. Puede ver a cualquier PCP en esta clínica. Los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP son médicos de medicina familiar, médicos generales, internistas, geriatras, médicos en obstetricia/ginecología, enfermeras parteras, asistentes médicos y enfermeras practicantes. Puede obtener su atención básica o de rutina de su PCP, quien también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Esto incluye, pero no se limita a:

- Pruebas de diagnóstico
- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Ingresos hospitalarios
- Atención de seguimiento
- Atención de médicos que son especialistas (no necesita una remisión para ver a un especialista dentro de la red)

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y cómo va. Algunos servicios necesitarán autorización previa (consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles). Debido a que su proveedor coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su proveedor. El Capítulo 8 le explica cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal.

¿Cómo elige a su PCP?

Cuando usted es un miembro o se convierte en miembro de UCare Classic, usted elige o se le asigna una clínica de atención primaria. Puede cambiar su clínica de atención primaria en cualquier momento.

Cambio de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un nuevo PCP en nuestro plan. Si se nos notifica que su clínica abandona la red, se lo notificaremos por escrito.

Puede cambiar su proveedor o clínica en cualquier momento. Para cambiar su proveedor o clínica, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Los servicios necesarios de urgencia que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de dejar el área de servicio para que podemos ayudar a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinados problemas óseos, articulares o musculares.

Puede consultar a cualquier especialista de la red sin una remisión. Para ver a un médico o especialista **fuera de la red** al nivel de costo compartido **dentro de la red**, usted o su proveedor deben obtener autorización previa de nosotros para que esos servicios estén cubiertos. También puede usar el beneficio de Punto de servicio (POS) y pagar el costo compartido fuera de la red. Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4 para obtener detalles sobre el beneficio POS.

UCare tiene una línea de triaje de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias para ayudar a los miembros con cualquier pregunta sobre cómo obtener atención de un especialista en salud mental, especialista en trastornos por abuso de sustancias u otros proveedores de la red. Nuestra línea de triaje está disponible por teléfono de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes al 612-676-6533 o 1-833-276-1185 sin cargo para apoyar las necesidades de salud mental o trastorno por abuso de sustancias de nuestros miembros.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que participan en el plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro 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 requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona el plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona el plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, recibe atención actualmente de él o ella o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con su atención médica.
- Si está recibiendo actualmente tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a preguntar, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o la terapia médicamente necesario que está recibiendo continúe.
- Le daremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y opciones que podría tener para cambiar de planes.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedor, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no sea apropiado para satisfacer sus necesidades médicas. Puede necesitar una autorización previa para costo compartido dentro de la red.
- Si descubre que su proveedor o especialista está dejando nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.
- Si considera que no le brindamos un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan, o a ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

La cobertura está disponible para ciertos servicios de proveedores y centros fuera de la red a través del beneficio de Punto de servicio (POS). Los beneficios POS están cubiertos al nivel de costo compartido fuera de la red. No necesita una remisión de su PCP antes de usar sus beneficios POS.

Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más detalles.

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

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** una es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener la aprobación o una remisión primero de su PCP. *No* necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que termine la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si recibe su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que proveedores dentro de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible, siempre que su condición médica y las circunstancias lo permitan. Sin embargo, si elige permanecer con proveedores fuera de la red, tendrá que pagar el coseguro de Punto de servicio (POS). Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más detalles.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ir a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando usted razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

Capítulo 3. Usar el plan para sus servicios médicos

- Usa un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – *O bien* – La atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 abajo).

Sección 3.2 Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios**¿Qué son los servicios necesarios de urgencia?**

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

Puede encontrar una lista de proveedores de atención de urgencia en línea en [ucare.org/searchnetwork](https://www.ucare.org/searchnetwork), o llamando a Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en la contraportada de este manual. Para averiguar cómo acceder a la atención necesaria de urgencia, puede llamar a su proveedor o puede llamar a la línea de enfermería 24/7, que se responde las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (El número de teléfono está en el reverso de la tarjeta de membresía de su plan). La línea de enfermería puede brindarle información sobre cómo acceder a la atención después del horario comercial normal.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias. Si tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención fuera de los EE.UU. y sus territorios, es posible que tenga que pagar esos servicios por adelantado. Si esto sucede, entonces tiene que pedirnos que le devolvamos el dinero. Su proveedor también puede optar por presentar un reclamo en su nombre.

Le devolveremos el dinero (o le pagaremos al proveedor si presenta el reclamo) a tarifas no mayores que las tarifas a las que pagaría Original Medicare, si los servicios se hubieran realizado en la localidad donde vive en los EE.UU. Restaremos cualquier cantidad de costo compartido que deba de la cantidad que pagamos. La cantidad que pagamos puede ser menor que la cantidad que usted paga al proveedor extranjero. Esto se debe a que pagaremos a tasas no mayores que las que pagaría Original Medicare, y porque los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas a las que pagaría Original Medicare. Debido a esto, es posible que desee considerar la compra de un seguro de viaje cuando planea viajar fuera de los Estados Unidos.

Los servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo son un beneficio complementario que generalmente no está cubierto por Medicare. Debe enviar el comprobante de pago a UCare para que podamos devolverle el dinero. Consulte el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*), para obtener más información. Si ya pagó por los servicios cubiertos, le devolveremos nuestra parte del costo. Puede enviarnos la factura con registros médicos para la consideración del pago. Consulte el Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: ucare.org/important-coverage-information para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si ha pagado más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

UCare Classic cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para los servicios con un límite de beneficios, cualquier costo adicional más allá del límite de beneficios no contará para su máximo de costos de desembolso directo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos y científicos evalúan nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica son aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Capítulo 3. Usar el plan para sus servicios médicos

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y averiguar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio, y tenga una comprensión y aceptación completas de lo que está involucrado si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de la participación en el costo de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe ni que obtenga aprobación de nuestra parte o de su PCP. El proveedor que brinda la atención como parte del estudio de investigación *no* tiene que participar en la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Esto incluye determinados beneficios especificados en virtud de las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación, y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Original Medicare para afiliados de Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados para Medicare.

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

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

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios que recibe como parte del estudio, incluyendo:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio como lo haría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin

Capítulo 3. Usar el plan para sus servicios médicos

embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Aquí hay un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Digamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También digamos que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 bajo Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego deberá notificar a su plan que recibió un servicio calificado de ensayo clínico y enviar documentación como una factura del proveedor al plan. El plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- En general, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que el estudio está evaluando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría por las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Quiere obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una “institución de atención médica religiosa no médica”

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

Una institución de atención médica religiosa no médica es un lugar que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubriremos la atención en una institución de atención médica religiosa no médica. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención médica no médicos).

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

Para obtener atención de una institución de atención médica religiosa no médica, debe firmar un documento legal que diga que está de manera consciente en contra de recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- El tratamiento o la atención médica **no exceptuado** es cualquier atención médica o tratamiento que es *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley estatal, federal o local.
- El tratamiento o la atención médica **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o *es exigido* en virtud de la ley estatal, federal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en una instalación, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o la atención en un centro de enfermería especializada.

Usted tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las directrices de cobertura de Medicare. Para obtener más información, consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas con determinados tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de UCare Classic, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME a usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poder poseer el artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una nuevamente a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, UCare Classic cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si deja UCare Classic o ya no necesita equipo de oxígeno médicamente, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses se alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos

(lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso directo para los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de UCare Classic. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, necesita conocer los tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le informa más sobre sus copagos).
- El **coseguro** es un porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le informa más sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad total que debe pagar de desembolso directo cada año por servicios dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama monto máximo de desembolso directo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$2,800.

Como miembro de UCare Classic, usted tendrá dos límites diferentes sobre cuánto debe pagar de desembolso directo por servicios médicos. Estos límites son los montos máximos de desembolso directo **dentro de la red** y **fuera de la red**.

Lo máximo que tendrá que pagar fuera de la red por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B cubiertos **dentro de la red** en 2024 es \$2,800. Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este máximo de desembolso directo. Los montos que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de desembolso directo dentro de la red y fuera de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios cubiertos no cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Estos servicios están marcados con una marca de verificación en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso directo dentro de la red de \$2,800, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso directo por el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red o fuera de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

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

Lo máximo que tendrá que pagar fuera de la red por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B cubiertos **fuera de la red** en 2024 es \$7,500. Los montos que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este máximo de desembolso directo. Los montos que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de desembolso directo fuera de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios cubiertos no cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Estos servicios están marcados con una marca de verificación en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso directo fuera de la red de \$7,500, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso directo por el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos fuera de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de UCare Classic, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados facturación de saldo. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para servicios de emergencia o necesarios de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para servicios de emergencia o necesarios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

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

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación anticipada (a veces, denominada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para ser cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Además, los siguientes servicios no incluidos en la Tabla de beneficios médicos pueden necesitar autorización previa: servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, cirugía de la columna, estimuladores de crecimiento óseo, estimuladores de la médula espinal y pruebas moleculares/genéticas (por ejemplo, pruebas para cáncer).

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual *Medicare y usted 2024* (Medicare & You 2024). Puede verlo en línea en www.medicare.gov o puede obtener una copia si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas afecciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica las siguientes afecciones crónicas identificadas a

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

continuación y cumple ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios complementarios específicos y/o costos compartidos reducidos:

– Insuficiencia cardíaca congestiva

- Para obtener más detalles, vaya a la fila *Ayuda con determinadas afecciones crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.



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


- * Verá un asterisco al lado de los servicios que pueden requerir una autorización previa.
- ✓ Verá esta marca de verificación junto a los servicios que no se aplican a su máximo de desembolso directo.

Tabla de beneficios médicos

Usted puede ser responsable de más de un pago de costo compartido (copago o coseguro) si se proporciona más de un servicio en una cita. Ejemplos:

- Copago por la visita al consultorio y costo compartido adicional por las pruebas de diagnóstico (incluidas las radiografías) realizadas mientras esté allí.
- El hospital solicitará costos compartidos por separado para los servicios médicos ambulatorios del hospital y cualquier prueba radiológica o medicamentos de la Parte B de Medicare administrados mientras esté allí.
- El costo compartido específico depende de los servicios que reciba. La Tabla de beneficios médicos a continuación detalla el costo compartido que se aplica para cada servicio específico.


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una prueba de ultrasonido realizada por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • es inespecífico, ya que no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o está retrocediendo.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p>	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>




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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>		



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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en una situación de emergencia o no de emergencia, incluyen servicios de ala fija, ala rotatoria y ambulancia terrestre, al centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se proporcionan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>UCare actúa de conformidad con Original Medicare. Original Medicare no cubre los servicios de ambulancia si no es transportado. Esto significa que no pagaremos por los servicios de ambulancia, incluido el tratamiento realizado, si se envía una por usted y no es transportado.</p> <p>Cuando varios proveedores de ambulancias terrestres y/o aéreas responden, solo pagamos por el proveedor de ambulancias que lo transporta.</p>	<p>\$225 de copago por cada viaje de ida o vuelta cubierto por Medicare.</p>	<p>\$225 de copago por cada viaje de ida o vuelta cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen físico anual</p> <p>Además de la visita anual de bienestar o la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”, usted tiene cobertura para lo siguiente, una vez por año calendario:</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el examen físico anual.</p>	<p>Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓</p>



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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Examen físico anual (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación integral de medicina preventiva que incluye examen e intervenciones de asesoramiento/orientación anticipatoria/reducción de factores de riesgo. <p>Nota: No incluye pruebas de laboratorio o de diagnóstico (por ejemplo: radiografías, análisis de sangre, resonancias magnéticas, etc.). Se pueden aplicar copagos o coseguros adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico realizada durante su visita, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos.</p>		
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar puede ser dentro de los 12 meses de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de bienestar.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> Densitometría ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea (medición de la masa ósea) cubierta por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea (medición de la masa ósea) cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres a partir de 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que por lo general son más rigurosos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.
 Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo sano.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
 Prueba de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si usted tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos* Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación 	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Uno cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y más. Una cada 12 meses. • AND en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan determinados criterios. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto enemas de bario, para los cuales aplica coseguro. Si su médico descubre y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>En virtud de UCare Classic, no hay coseguro, copago ni deducible para un enema de bario.</p>	<p>20% de coseguro por enema de bario cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>




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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a colonoscopia para pacientes con alto riesgo y a 24 meses desde la última prueba de detección de enema de bario o de la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y de 45 años o más. Uno cada 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>		


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga por servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando el servicio es parte integral de tratamiento específico de una condición médica principal del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la fractura o lesión de la mandíbula, extracciones dentales hechas en la preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucre la mandíbula, o exámenes orales previos a trasplante de riñón.</p> <p>Además, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: dos por año calendario • Limpieza de rutina de los dientes o de mantenimiento periodontal (encías), hasta tres por año calendario • Aplicación tópica de fluoruro junto con una limpieza de rutina, o aplicación tópica de barniz de fluoruro junto con un examen dental de rutina, según lo considere necesario un proveedor dental. No hay limitaciones de frecuencia para ningún tipo de aplicación de fluoruro. • Radiografías de mordida cada 12 meses (un juego; hasta cuatro películas) • Radiografías de la boca completa cada 5 años • Cuatro radiografías periapicales en un período de 12 meses. <p>Puede ver a cualquier proveedor dental en los EE.UU.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$2,500 de beneficio máximo dentro y fuera de la red combinado.</p> <p>Debe consultar a un dentista de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental de su elección para recibir este beneficio en el nivel de beneficios dentro de la red.</p> <p>Si el proveedor dental no puede presentar el reclamo en su nombre, debe enviarlo a:</p> <p>Delta Dental of Minnesota PO Box 9120 Farmington Hills, MI 48333-9120</p>	<p>\$2,500 de beneficio máximo dentro y fuera de la red combinado.</p> <p>Si sus servicios dentales son realizados por un dentista fuera de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental (debe estar dentro de los Estados Unidos y sus territorios), usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del dentista y el programa de tarifas de UCare. ✓</p> <p>Si el proveedor dental no puede presentar el reclamo en su nombre, debe enviarlo a:</p> <p>Delta Dental of Minnesota PO Box 9120 Farmington Hills, MI 48333-9120</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de detección de depresión.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Dependiendo de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en la sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de tiras reactivas y monitores. 	20% de coseguro por cada monitor continuo de glucosa y suministros cubiertos por Medicare.	20% de coseguro por cada suministro de monitoreo de la diabetes cubierto por Medicare (incluyendo monitor continuo de glucosa).

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyendo las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionados con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>\$0 de copago por otros suministros de monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>La cobertura está limitada a marcas de fabricantes específicos.</p> <p>\$0 de copago por cada par de zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para la capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.</p>	<p>La cobertura está limitada a marcas de fabricantes específicos.</p> <p>20% de coseguro por cada par de zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro para la capacitación para el automanejo de la diabetes cubierta por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa IV, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro dentro de la red, todos los meses.</p>	<p>Este servicio no está cubierto fuera de la red.</p> <p>✓</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no lleva una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en ucare.org/searchnetwork.</p>		


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona lego prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p>	<p>\$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su condición de emergencia, debe recibir su atención como paciente hospitalizado 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.</p> <p>Consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en esta tabla de beneficios para obtener información sobre el costo compartido del hospital para pacientes hospitalizados.</p>	<p>\$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su condición de emergencia, debe recibir su atención como paciente hospitalizado 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.</p> <p>Consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en esta tabla de beneficios para obtener información sobre el costo compartido del hospital para pacientes hospitalizados.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p><u>Atención de emergencia en todo el mundo:</u></p> <p>La atención de emergencia en todo el mundo aplica a atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia: servicios brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, así como servicios brindados después de la estabilización y para mantener la condición. • Ambulancia terrestre para el traslado de emergencia al hospital adecuado más cercano para recibir atención de emergencia. La ambulancia aérea (ala fija o ala giratoria) no está cubierta. <p>El transporte de regreso a los Estados Unidos o sus territorios tampoco está cubierto.</p> <p>Si tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, es posible que tenga que pagar esos servicios por adelantado. Si esto sucede, entonces tiene que pedirnos que le devolvamos el dinero. Su proveedor también puede optar por presentar un reclamo en su nombre. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo obtener el reembolso por los servicios médicos.</p>	<p>\$100 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo. ✓</p> <p>\$100 de copago por cada transporte de emergencia terrestre de ida o vuelta en todo el mundo. ✓</p>	<p>\$100 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo. ✓</p> <p>\$100 de copago por cada transporte de emergencia terrestre de ida o vuelta en todo el mundo. ✓</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Visitas electrónicas (E-visits) Cubrimos visitas electrónicas (E-visits) como una manera conveniente de recibir diagnóstico y tratamiento en línea para condiciones menores sin cargo. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin una cita, a través de varias plataformas en línea.</p> <p>Consulte el Capítulo 12 para obtener una definición de visita electrónica.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita electrónica (E-visit).</p>	<p>Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Use uno de los dos programas de acondicionamiento físico basados en la red de gimnasios de su ubicación de acondicionamiento físico preferida:</p>		

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>One Pass</p> <p>One Pass es un programa de acondicionamiento físico completo para su cuerpo y mente, disponible para usted sin costo adicional. Tendrá acceso a más de 24,000 lugares de acondicionamiento físico participantes en todo el país, además de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miles de clases de acondicionamiento físico a demanda y en vivo • Constructores de entrenamientos para crear sus propios entrenamientos y guiarlo a través de cada ejercicio • Kits de acondicionamiento físico en el hogar disponibles para los miembros que no pueden visitar físicamente o que residen al menos 15 millas fuera de un lugar de acondicionamiento físico participante • Programa de entrenamiento cerebral personalizado en línea para ayudar a mejorar la memoria, atención y enfoque. • Actividades sociales, clases comunitarias y eventos disponibles para la participación en línea o presencial <p>Ingrese a ucare.org/onepass o llame al 1-877-504-6830 o para acceso a TTY, use 711, de 8 am a 9 pm, de lunes a viernes.</p>	\$0 de copago	Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Programa de ahorros en clubes de salud</p> <p>Si pertenece a un club de salud participante que no está en la red One Pass, le reembolsaremos. Puede obtener un reembolso de hasta \$30 cada mes para la tarifa de membresía de su club de salud.</p> <p>Para comenzar, muestre su tarjeta de identificación de miembro de UCare en un club de salud participante. Para obtener más información, vaya a ucare.org/healthwellness.</p>	\$0 de copago	Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓
<p>Tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa®</p> <p>La tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa® es una tarjeta recargable que cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad, opciones y fácil de usar • Acceso a su asignación precargada anual para anteojos recetados • Acceso a su asignación para productos de venta libre (OTC) • Acceso a descuentos en comestibles • Recompensas e incentivos <p>Su tarjeta se recarga año a año y es válida hasta que venza o hasta que usted ya no sea miembro de UCare. Asegúrese de conservar su tarjeta, ya que no recibirá una nueva cada año. La tarjeta no funcionará si usted no es miembro de UCare. Los montos de la asignación y vencimientos varían.</p> <p>A partir del 1 de enero de 2024, puede visitar HealthyBenefitsPlus.com/ucare o llamar al 1-833-862-8276 (esta llamada es gratuita); TTY 711 (esta llamada es gratuita) para verificar el saldo de su tarjeta o para obtener más información. Este número de teléfono también figura en el reverso de su tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa®.</p>	No hay ningún costo para esta tarjeta.	No hay ningún costo para esta tarjeta.


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Descuentos en comestibles</p> <p>Usted recibe descuentos en comestibles en alimentos saludables precalificados. Esto incluye artículos como leche, pan integral, carne magra, huevos, yogur, frutas, vegetales y más. Los descuentos semanales se precargan en su tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa®. Simplemente escanee su tarjeta al pagar en tiendas participantes para obtener su descuento.</p> <p>Después del 1 de enero de 2024, puede visitar HealthyBenefitsPlus.com/ucare o llamar al 1-833-862-8276 (esta llamada es gratuita); TTY 711 (esta llamada es gratuita) para obtener más información.</p>	No hay ningún costo para esta tarjeta.	No hay ningún costo para esta tarjeta.
<p>Línea de enfermería 24/7 de UCare</p> <p>La línea de enfermería le da acceso a información médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los fines de semana y días festivos. Este servicio telefónico está disponible sin costo adicional para usted como miembro.</p> <p>Llame al 1-888-778-8204 (esta llamada es gratuita) o TTY: 1-855-307-6976 (esta llamada es gratuita).</p>	No hay ningún costo para este servicio.	No hay ningún costo para este servicio.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Servicios de audición		
Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.
Ofrecemos servicios para la audición adicionales a través de TruHearing. La cobertura incluye:	\$0 de copago por un examen auditivo de rutina anualmente.	Los exámenes auditivos de rutina, audífonos y ajuste de audífonos y evaluaciones no están cubiertos fuera de la red.
	\$499 de copago por audífonos Advanced. ✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina una vez por año • Audífonos (hasta dos audífonos de marca TruHearing por año) • El beneficio se limita a audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores. • Los audífonos están disponibles por dos copagos diferentes para modelos Advanced y Premium • Sin costo adicional por audífono por audífono opcional recargable en algunos estilos de audífonos Premium • Evaluaciones y ajustes para audífonos 	\$799 de copago por audífono para audífonos Premium. ✓	
	\$0 de copago por adaptaciones y evaluaciones de audífonos por año.	
Cómo acceder a los beneficios de audífonos:		
<ul style="list-style-type: none"> • El beneficio solo está disponible a través de TruHearing. • Para obtener más información sobre los audífonos o para programar una cita con un proveedor de TruHearing, llame al 1-833-725-6519 (para TTY, marque 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes. • Para obtener información general sobre los beneficios de TruHearing, visite: TruHearing.com/Select. 		

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas*</p> <p>Beneficio de comida a domicilio para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva que han sido dados de alta del hospital. Si es elegible para este beneficio, nos pondremos en contacto con usted después de que haya sido dado de alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28 comidas a domicilio durante 14 días 	\$0 de copago	Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las personas embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva de VIH.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva de VIH.
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia de enfermería especializada y asistencia de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica en el 	<p>\$0 de copago para todas las visitas de salud en el hogar proporcionadas por una agencia de salud en el hogar de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare.</p> <p>Hay costo compartido para el equipo médico duradero y los suministros relacionados. Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.</p>	<p>20% de coseguro para todas las visitas de salud en el hogar proporcionadas por una agencia de salud en el hogar de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare.</p> <p>Para equipos médicos duraderos y suministros relacionados, consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar (continuación)</p> <p>hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 		
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar 	<p>Estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos:</p> <p>Consulte “Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico”, “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” y “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos:</p> <p>Consulte “Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico”, “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” y “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>

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

<p>Servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio del centro de cuidados paliativos (hospicio) cuando su médico y el director médico de hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para servicios de un centro de cuidados paliativos y para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no UCare Classic, paga por sus servicios del centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no UCare Classic, paga por sus servicios del centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención de un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia y que no sean necesarios de urgencia y que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, su costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si hay un requisito para obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted solo paga el monto de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido del plan para los servicios fuera de la red. <p><u>Para servicios que están cubiertos por UCare Classic pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> UCare Classic continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de los costos compartidos de su plan por estos servicios.</p>		

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención de un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados no paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para organizar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>		
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>Consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>Consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta Tabla de beneficios médicos.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*</p> <p>Incluye atención para pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria de paciente hospitalizado comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Drogas y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados 	<p>\$125 de copago por día por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital.</p> <p>Por cada hospitalización, usted tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta.</p>	<p>20% de coseguro por día por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta.</p> <p>Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital.</p> <p>Por cada hospitalización, usted tiene cobertura por días ilimitados, siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta.</p> <p>Sus beneficios para pacientes hospitalizados comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de instalación específica, incluidas las instalaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados, las instalaciones de atención aguda a largo plazo (LTAC), centros de atención aguda y</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, y decidirá si es un candidato para el trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si sus servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, usted podría elegir ir localmente, siempre que los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si UCare Classic proporciona 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, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos 	<p>Sus beneficios para pacientes hospitalizados comenzarán el primer día de cada vez que es admitido o transferido a un tipo específico de centro, incluyendo centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, centros de atención aguda a largo plazo (LTAC) y centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.</p>	<p>centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* (continuación)</p> <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!)</i>. Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>		



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

<p>Servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red</p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de por vida de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad de hospital general.</p>	<p>\$125 de copago por día por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. Cada hospitalización cubierta por Medicare está limitada a 90 días. Más 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p>Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital.</p> <p>Sus beneficios como paciente hospitalizado comenzarán el primer día de cada vez que sea admitido o transferido a un tipo específico de centro, incluyendo centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, centros de atención aguda a largo plazo (LTAC) y centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.</p>	<p>20% de coseguro por día por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. Cada hospitalización cubierta por Medicare está limitada a 90 días. Más 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p>Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito arriba aplica cada vez que es admitido en el hospital.</p> <p>Sus beneficios como paciente hospitalizado comenzarán el primer día de cada vez que sea admitido o transferido a un tipo específico de centro, incluyendo centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, centros de atención aguda a largo plazo (LTAC) y centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funcione mal, incluyendo la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos:</p> <p>“Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio del médico”</p> <p>“Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”</p> <p>“Dispositivos protésicos y suministros relacionados”</p> <p>“Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”</p>	<p>Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos:</p> <p>“Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio del médico”</p> <p>“Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”</p> <p>“Dispositivos protésicos y suministros relacionados”</p> <p>“Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica en cambio dietético a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>


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

<p>Servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios del médico, en un hospital como paciente ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina proporcionada con un artículo de equipo médico duradero (como bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra a sí mismo por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo • Antígenos (vacunas contra la alergia) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas 	<p>20% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> <p>\$35 de copago por cada medicamento de insulina de la Parte B cubierto por Medicare. Usted no pagará más de \$35 por un suministro mensual de insulina de la Parte B. No se aplican deducibles.</p> <p>Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor de atención primaria o servicios especializados (como se describe en “Servicios para médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico” en esta tabla de beneficios).</p> <p>20% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia de la Parte B cubierto por Medicare y la administración de ese medicamento.</p>	<p>20% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> <p>\$35 de copago por cada medicamento de insulina de la Parte B cubierto por Medicare. Usted no pagará más de \$35 por un suministro mensual de insulina de la Parte B. No se aplican deducibles.</p> <p>Además, para la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor de atención primaria o servicios especializados (como se describe en “Servicios para médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico” en esta tabla de beneficios).</p> <p>20% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia de la Parte B cubierto por Medicare y la administración de ese medicamento.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: ucare.org/searchdruglist.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo el beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte se explica en el Capítulo 6.</p>		

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Programa de Asistencia a Miembros		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de conserjería Conserjería a corto plazo, información y servicios de remisión. Las sesiones de conserjería son lideradas por un profesional de salud mental con licencia y están disponibles en persona, por teléfono o virtualmente. Para acceder a los servicios de conserjería, llame al 612-672-2190 o ingrese a www.fairview.org/ucaremembers. 	\$0 de copago	Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a cuidadores a través de Caregiver Assurance™ Una sesión de apoyo telefónico de 60 minutos con un asesor de cuidadores dedicado, por año. Para acceder a los servicios de apoyo a cuidadores, llame al 612-672-2190 o ingrese a www.fairview.org/ucaremembers. 	\$0 de copago	Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓
 Detección y terapia de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida		
<p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección y terapia preventiva para la obesidad.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección y terapia preventiva para la obesidad.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE.UU. para el tratamiento asistido con medicamentos agonistas y antagonistas de opioides (medication-assisted treatment, MAT) • Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Consejería sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>\$0 de copago por cada servicio del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p>
<p>Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios e insumos terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías 	<p>\$0 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios e insumos terapéuticos		
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros técnicos 	\$0 de copago por cada servicio de terapia de radiación (radio e isótopos) cubierto por Medicare, incluyendo materiales y suministros del médico.	20% de coseguro por cada servicio de terapia de radiación (radio e isótopos) cubierto por Medicare, incluyendo materiales y suministros del médico.
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografías PET) 	\$0 de copago por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.	20% de coseguro por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias 	\$0 de copago por cada otra prueba de diagnóstico cubierto por Medicare.	20% de coseguro por cada otra prueba de diagnóstico cubierto por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones 	10% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare.	20% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio 	\$0 de copago por cada prueba de laboratorio cubierta por Medicare.	\$0 de copago por cada prueba de laboratorio cubierta por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados, y todos los otros componentes de la sangre, comienza con la primera pinta de sangre que necesita. 	\$0 de copago por servicios de la sangre cubiertos por Medicare.	20% de coseguro por servicios de la sangre cubiertos por Medicare.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Observación hospitalaria como paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p>	<p>\$150 de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare incluidos en una sola estadía.</p>	<p>20% de coseguro por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare incluidos en una sola estadía.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Observación hospitalaria como paciente ambulatorio (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>		

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin esta • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo 	<p>\$150 de copago por cada servicio hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía ambulatoria o procedimiento.</p> <p>Además, consulte las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos:</p> <p>“Atención de emergencia” o “Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios”.</p>	<p>20% de coseguro por cada servicio hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía ambulatoria o procedimiento.</p> <p>Además, consulte las siguientes secciones que se encuentran en esta Tabla de beneficios médicos:</p> <p>“Atención de emergencia” o “Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios”.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Esta hoja informativa está disponible en la web, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>“Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”.</p> <p>“Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” o “Servicios de hospitalización parcial”.</p> <p>“Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>“Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”.</p> <p>“Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” o “Servicios de hospitalización parcial”.</p> <p>“Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero profesional (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversas instalaciones para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios del hospital, oficinas de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: servicios para abuso de sustancias proporcionados en un entorno hospitalario ambulatorio por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especialista clínica, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional de atención médica calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables, y realizados bajo la supervisión y dirección de un médico.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo puede considerar un paciente ambulatorio.</p>	<p>\$125 de copago por cada procedimiento o cirugía ambulatoria cubierto por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. \$150 de copago por cada procedimiento o cirugía ambulatoria cubierto por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>20% de coseguro por cada procedimiento o cirugía cubierto por Medicare en un departamento para pacientes ambulatorios de un centro quirúrgico ambulatorio o de un hospital.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Asignación para artículos de venta libre (OTC)</p> <p><u>El beneficio OTC incluye</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Una asignación cargada en su tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa® dos veces por año. • Los dólares que no use vencerán el 30 de junio y el 31 de diciembre. <p>Los artículos elegibles pueden incluir: pastillas para la tos, suministros de primeros auxilios, alivio del dolor, medicamentos para los senos paranasales, pasta de dientes y mucho más.</p> <p><u>Cómo utilizar el beneficio OTC</u></p> <p>A partir del 1 de enero de 2024, usted puede usar la tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa® para comprar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En las tiendas minoristas participantes. • En línea en Walmart.com • Por teléfono al 1-833-862-8276 (TTY 711). <p>Si está interesado, contamos con una aplicación móvil para que su experiencia de compra sea más fácil. La aplicación incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El localizador de tiendas • Una tarjeta digital • Acceso en tiempo real a su saldo de beneficios e historial de transacciones <p>Descargue la aplicación Healthy Benefits+ de Apple App Store o Google Play™.</p> <p><u>Obtenga más información</u></p> <p>A partir del 1 de enero de 2024, puede visitar HealthyBenefitsPlus.com/ucare o <u>llamar al 1-833-862-8276</u> (esta llamada es gratuita); TTY 711 (esta llamada es gratuita) para obtener más información o consultar el saldo de su tarjeta. Este número de teléfono también figura en el reverso de su tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa®.</p>	<p>\$75 de asignación para usar semestralmente.</p> <p>Asignación disponible para los miembros a través de pedidos por correo, pedidos en línea o compras en la tienda en tiendas minoristas participantes.</p>	<p>Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) brindado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluyendo las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico se lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los destinados a: <ul style="list-style-type: none"> – Servicios aprobados por Medicare, incluidos los servicios que se necesitan con urgencia, visitas al proveedor de atención primaria y al especialista, sesiones de salud mental individuales y grupales, servicios de podología, procedimientos y pruebas de diagnóstico, servicios de diálisis, servicios de educación sobre enfermedades renales y exámenes oculares 	<p>\$0 de copago por atención médica proporcionada por un proveedor de atención primaria. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).</p> <p>\$20 de copago por servicios obtenidos de un especialista. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).</p>	<p>\$0 de copago por atención médica proporcionada por un proveedor de atención primaria. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).</p> <p>\$20 de copago por servicios obtenidos de un especialista. O, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera practicante o asistente médico u otros profesionales de la salud no médicos (según lo permitido por las reglas de Medicare).</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios del médico/profesional, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para diálisis en el hogar para miembros en un hospital o centro de diálisis renal de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> – Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud – Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias. 	<p>NOTA: Los servicios de telesalud cubiertos por Medicare estarán sujetos a los mismos costos compartidos que los servicios que recibiría en persona. Si se somete a una cirugía o procedimientos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado o en un entorno ambulatorio hospitalario, consulte “Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios” y/o las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para los copagos o los montos de coseguro aplicables.</p>	<p>NOTA: Los servicios de telesalud cubiertos por Medicare estarán sujetos a los mismos costos compartidos que los servicios que recibiría en persona. Si se somete a una cirugía o procedimientos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado o en un entorno ambulatorio hospitalario, consulte “Cirugía ambulatoria, incluyendo servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” y/o las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para los copagos o los montos de coseguro aplicables.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios del médico/profesional, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> – Usted no es un paciente nuevo, y – El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y – El registro no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más temprana disponible • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> – Usted no es un paciente nuevo, y – La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y – La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más próxima • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía 		


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas electrónicas (E-visits) Consulte la sección de Visitas electrónicas de la Tabla de beneficios médicos para obtener más información y el Capítulo 10 para ver una definición de visita electrónica. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, el establecimiento de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico o los servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico) 	<p>\$0 de copago por cada visita electrónica (E-visit).</p> <p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓</p> <p>20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como espolones en martillo o talón) • Atención de rutina de los pies para miembros que padecen determinadas afecciones médicas que afectan a los miembros inferiores 	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Conciliación de medicamentos después del alta</p> <p>La conciliación de medicamentos es una parte importante de la atención posterior al alta si toma medicamentos recetados. Ofrecemos conciliación de medicamentos después del alta de un centro para pacientes hospitalizados. Revisarán las instrucciones y los medicamentos del alta con usted para asegurarse de que los entienda. También coordinarán sus medicamentos del alta con los medicamentos que estuvo tomando antes de su estadía como paciente hospitalizado.</p>	<p>\$0 de copago por conciliación de medicamentos después del alta.</p>	<p>Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen rectal digital y PSA anual.</p>	<p>20% de coseguro para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen rectal digital y PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>10% de coseguro para dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare, incluyendo la reparación y/o el reemplazo.</p> <p>10% de coseguro por suministros cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro para dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare, incluyendo la reparación y/o el reemplazo.</p> <p>20% de coseguro por suministros cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el uso de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las personas embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si su evaluación da positivo para abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si usted está alerta y es competente durante el asesoramiento) provistas por un médico de atención primaria o profesional médico acreditado, en un entorno de atención médica primaria</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la evaluación y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el beneficio preventivo del abuso de alcohol.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la evaluación y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el beneficio preventivo del abuso de alcohol.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas que califican, un LDCT está cubierto cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para LDCT durante un asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y una visita compartida de toma de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional calificado que no sea médico.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón LDCT después de los exámenes de detección iniciales de LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la detección del cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o un profesional calificado no médico elige proporcionar un asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Prueba de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las personas embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual cara a cara y de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la detección de ITS cubierta por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento para ITS.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la detección de ITS cubierta por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento para ITS.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal por vida. 	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio está temporalmente no disponible o inaccesible). 	<p>20% de coseguro para los beneficios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor dentro de la red en su área de servicio o de cualquier proveedor cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.</p>	<p>20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) 	<p>Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” que se encuentra en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” que se encuentra en esta Tabla de beneficios médicos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en autodiálisis (incluyendo la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) 	<p>20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como por ejemplo, cuando sea necesario, las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) 		
<p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, vaya a la sección <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.</p>		


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se llaman “SNF”).</p> <p>No se requiere hospitalización previa. Usted está cubierto por hasta 100 días cada período de beneficios para servicios de hospitalización en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados, y todos los otros componentes de la sangre, comienza con la primera pinta de sangre que necesita. 	<p>\$0 de copago por día para los días 1-20; \$100 de copago por día para los días 21-100; por período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital o SNF por 60 días consecutivos.</p> <p>Si va al hospital (o SNF) después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener.</p>	<p>20% de coseguro por cada estadía cubierta por Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital o SNF por 60 días consecutivos.</p> <p>Si va al hospital (o SNF) después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios que puede tener.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por un SNF • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por un SNF • Rayos X y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por un SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, comúnmente ordenados por los SNF • Servicios del médico/profesional <p>Por lo general, recibirá su atención de SNF de instalaciones de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para una instalación que no es un proveedor de la red, si la instalación acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados de atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería) • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted sale del hospital 		

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Recursos para dejar de fumar o vapear</p> <p>Obtenga información sobre cómo dejar de fumar, vapear o masticar tabaco. Los miembros de UCare pueden recibir ayuda sin costo para dejar de consumir tabaco a través de la línea para dejar de fumar y consumir nicotina. Los parches, goma de mascar o pastillas de nicotina también están disponibles para miembros elegibles de UCare.</p> <p>Obtenga ayuda para dejar el hábito desde la comodidad de su hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a Línea para dejar de fumar y consumir nicotina al 1-855-260-9713 (esta llamada es gratuita), disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana • Visite http://www.myquitforlife.com/ucare • Descargue la aplicación móvil Rally Coach Quit For Life 	<p>\$0 de copago</p> <p>Los productos de terapia de reemplazo de nicotina de venta libre (OTC) (chicles, pastillas, parches sin receta) están disponibles para los miembros que participan en la Línea para dejar de fumar y consumir nicotina.</p>	<p>Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised exercise therapy, SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la EAP en pacientes con claudicación 	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser realizada en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico • Ser brindado por personal calificado que se asegura de que el beneficio exceda el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la EAP • Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital <p>La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>		


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios urgentes que el plan debe cubrir fuera de la red son: Si está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o si no es razonable dadas sus circunstancias que obtenga atención médica inmediata de un proveedor de la red. El costo compartido para servicios necesarios de urgencia brindados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p>	<p>\$45 de copago por visita.</p> <p>\$100 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo. ✓</p>	<p>\$45 de copago por visita.</p> <p>\$100 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo. ✓</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p>Servicios necesarios de urgencia (continuación)</p> <p><u>Atención de urgencia en todo el mundo:</u></p> <p>La atención de urgencia en todo el mundo aplica a atención de urgencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios necesarios de urgencia que sean médicamente necesarios e inmediatamente requeridos como consecuencia de una enfermedad, lesión o afección <p>El transporte de regreso a los Estados Unidos o sus territorios no está cubierto.</p> <p>Si necesita servicios necesarios de urgencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, es posible que tenga que pagar esos servicios por adelantado. Si esto sucede, entonces tiene que pedirnos que le devolvamos el dinero. Su proveedor también puede optar por presentar un reclamo en su nombre. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo obtener el reembolso por los servicios médicos.</p>		



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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
 Atención de la vista		
Los servicios cubiertos incluyen:		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto 	\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Un examen de rutina de la vista (ojo) y hasta dos refracciones al año 	\$0 de copago por un examen de la vista de rutina y hasta dos refracciones anualmente.	Este servicio no está cubierto fuera de la red. ✓
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan pagará una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más 	\$0 de copago por cada prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.	20% de coseguro por cada prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año 	\$0 de copago por cada examen de retinopatía diabética cubierta por Medicare.	20% de coseguro por cada examen de retinopatía diabética cubierta por Medicare.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
 Atención de la vista (continuación)		
<ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). Asignación anual para anteojos recetados y lentes de contacto, de cualquier proveedor de anteojos, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> marcos o lentes mejoras a recetas existentes mejoras a anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas 	<p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare. Los lentes progresivos, los lentes bifocales o trifocales sin línea, el tinte (excepto ciertos recubrimientos de detección ultravioleta), los recubrimientos resistentes a los arañazos o los lentes de gran tamaño no están cubiertos a menos que lo exijan las pautas de cobertura de Medicare.</p> <p>\$200 de asignación de beneficios por año (combinado dentro y fuera de la red).</p>	<p>20% de coseguro por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare. Los lentes progresivos, los lentes bifocales o trifocales sin línea, el tinte (excepto ciertos recubrimientos de detección ultravioleta), los recubrimientos resistentes a los arañazos o los lentes de gran tamaño no están cubiertos a menos que lo exijan las pautas de cobertura de Medicare.</p> <p>\$200 de asignación de beneficios por año (combinado dentro y fuera de la red).</p>
<p>Su asignación anual para anteojos se carga en su tarjeta Healthy Benefits+ Visa®. Puede usar la tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa® para pagar por compras de anteojos hasta el monto permitido en el minorista de anteojos.</p> <p>Si no utilizó la tarjeta Healthy Benefits+ Visa® por error, o si el minorista no acepta la Healthy Benefits+ Visa®, puede enviar su recibo de gafas detallado a UCare a:</p>		

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios dentro de la red	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios fuera de la red
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <p>Attn: DMR Department UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052</p> <p>Si el recibo es aceptable, se enviará un cheque de reembolso a la dirección registrada y el monto en su tarjeta Healthy Benefits+ Visa[®] se eliminará como canjeado en su tarjeta Healthy Benefits+ Visa[®].</p>		
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva por única vez Bienvenido a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas), y remisiones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>20% de coseguro para una prueba de ECG cubierta por Medicare por única vez si se ordena como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” que se encuentra en esta Tabla de beneficios médicos para otros ECG.</p>

Sección 2.2 Beneficios opcionales complementarios adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se llaman **Beneficios complementarios opcionales**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Como miembro del plan, usted tiene la opción de comprar el paquete de beneficios de Choice Dental. Puede seleccionar esta opción (a) al momento de su inscripción inicial en el plan, (b) dentro de los primeros 30 días de la inscripción en el plan, o (c) durante el Período de elección anual de cada año. La prima mensual en 2024 es de \$25. Esto es adicional a su prima mensual del plan UCare Classic y su prima de las Partes A y/o B de Medicare, si corresponde. El deducible y el coseguro de estos servicios cubiertos no se aplican a su máximo de costos de desembolso directo descrito en este Capítulo 4. Los servicios dentales son administrados por Delta Dental of Minnesota (Delta Dental) (“administrador”).

Consulte el Certificado dental Medicare Advantage de UCare 2024 para obtener un resumen de los beneficios del plan dental, cómo acceder a los beneficios, exclusiones y limitaciones, y otros detalles. Si no tiene el Certificado dental UCare Medicare Advantage 2024, puede verlo en línea en ucare.org/formembers o llame al Servicio de Atención al Cliente para solicitar uno.

Sección 2.3 Beneficio de Punto de servicio

La cobertura está disponible para determinados servicios cubiertos proporcionados por un proveedor y centros fuera de la red en virtud del beneficio de Punto de servicio. Los servicios se deben obtener dentro de los Estados Unidos y sus territorios. No puede usar proveedores fuera de la red que hayan optado por excluirse voluntariamente del programa Medicare (consulte el Capítulo 11, Sección 10, para obtener más información sobre la exclusión voluntaria de proveedores).

Nota: Medicare exige que los servicios de diálisis renal (riñón) que recibe cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan sean al mismo costo compartido que dentro de la red. Los servicios de diálisis deben ser proporcionados por un centro de diálisis certificado por Medicare. Medicare también requiere que la atención de emergencia y atención necesaria de urgencia está cubierta dentro y fuera de la red. Para ver los copagos aplicables, consulte las descripciones de beneficios correspondientes en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Máximo de beneficios del plan Punto de servicio

En virtud del beneficio de Punto de servicio, hay un máximo de beneficio del plan \$100,000. Después de que alcance este máximo de beneficio del plan de \$100,000, usted es responsable de cualquier cargo por beneficios recibidos de proveedores fuera de la red.

El monto permitido depende del estado de participación del proveedor en Medicare. Para proveedores fuera de la red, el monto pagado por UCare por servicios y suministros es menor que

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

el monto facturado del proveedor. **El monto permitido de Medicare** depende del estado de participación en Medicare del proveedor.

- Para proveedores que tienen un acuerdo con los CMS para aceptar la asignación, el monto permitido es el programa de tarifas de Medicare.
- Para proveedores que no aceptan la asignación, no están obligados a aceptar el monto del programa de tarifas de Medicare como pago en su totalidad. Pueden cobrar un monto mayor, que se denomina cargo límite de Medicare. El cargo límite es el 115% del monto del programa de tarifas de Medicare para esos proveedores que acepten la asignación.

No se permite la facturación de saldo de parte del proveedor por montos que excedan el cargo máximo.

Antes de recibir servicios o artículos en virtud de este beneficio de Punto de servicio, debe preguntar al proveedor fuera de la red si él o ella aceptan la asignación de beneficios de Medicare.

Sus costos pueden ser superiores por servicios dentales no cubiertos por Medicare brindados por un dentista fuera la red de Medicare Advantage de Delta Dental (debe ser dentro de los Estados Unidos y sus territorios). Usted también puede ser responsable de enviar su reclamo dental a Delta Dental. Si su proveedor no puede enviar el reclamo dental a Delta Dental en su nombre, usted puede enviar su reclamo para reembolso a:

Delta Dental of Minnesota
PO Box 9120
Farmington Hills, MI 48333-9120

Acceder al beneficio de Punto de servicio

Al momento del servicio, muestre su tarjeta de membresía del plan. El proveedor fuera de la red debe enviarnos la facture a la dirección que figura en el reverso de la tarjeta. Usted paga su parte de la facture al momento de recibir el servicio o cuando el proveedor lo facture.

Si pretende usar este beneficio para hospitalización como paciente internado, le recomendamos que llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Siempre que se procesa un reclamo para el beneficio de Punto de servicio (POS), los miembros reciben una Explicación de beneficios (EOB) que detalle el pago hecho por el o los servicios POS. También se indican los derechos de apelación en la EOB. El beneficio de Punto de servicio está sujeto a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

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 están cubiertos por este plan.

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide después de la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Atención dental integral (como servicios restaurativos importantes)		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental integral está cubierta cuando compra el beneficio dental complementario opcional descrito en la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama luego de una mastectomía, así como los procedimientos en la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia (asistencia de apoyo) es la asistencia personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la asistencia que lo ayuda en las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse</p>	<p>No cubierto bajo ninguna condición</p>	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos</p> <p>Los procedimientos y elementos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no tienen aceptación general de la comunidad médica</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Cargos cobrados por la atención brindada por familiares directos o miembros del hogar</p>	<p>No cubierto bajo ninguna condición</p>	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar</p>	<p>No cubierto bajo ninguna condición</p>	
<p>Comidas con entrega en el hogar</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva que han sido dados de alta del hospital. <p>(Consulte Ayuda con ciertas afecciones crónicas en la Tabla de beneficios médicos).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Servicios domésticos, que incluyen asistencia básica con las tareas del hogar, incluidos limpieza y mantenimiento leves o preparación ligera de comidas.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición	
Atención dental que no es de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas que se han sometido a una cirugía de cataratas.
Procedimientos de reversión de esterilización y suministros anticonceptivos no recetados	No cubierto bajo ninguna condición	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación está cubierta.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios preventivos y de diagnóstico están cubiertos como se describe en la sección Servicios dentales de la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de esta <i>Evidencia de cobertura</i>.
Cuidado de los pies de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Algo de cobertura limitada brindada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5

*Usar la cobertura del plan para
medicamentos recetados de la Parte D*

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de un centro de cuidados paliativos.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (lo llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe usarse 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 respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (ucare.org/searchnetwork) o llamar a Servicio de Atención al Cliente.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando sale de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio de Atención al Cliente o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en ucare.org/searchnetwork.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar. Una farmacia de infusión en el hogar suministra los medicamentos para la terapia de infusión en el hogar, pero no administra la terapia. Nuestro plan cubrirá los medicamentos para la terapia de infusión en el hogar si:
 - Su medicamento recetado está en la Lista de medicamentos del plan o se ha otorgado una excepción al formulario para sus medicamentos recetados.
 - Su receta es escrita por un prescriptor autorizado.

Por favor, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar un proveedor de farmacia de infusión en el hogar en su área. Para obtener más información, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC), como un hogar de ancianos. Por lo general, una instalación de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D de Medicare a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación de LTC, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.
- Farmacias que brindan servicios del Programa de Salud Indígena/Salud Indígena Tribal/Urbano (Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario debería ocurrir raramente).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 2.3 Usar el servicio de pedidos por correo del plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **hasta un suministro de 100 días**.

Para obtener formularios e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Servicio de Atención al Cliente o a la farmacia de pedidos por correo Costco Mail Order Pharmacy al 1-800-607-6861 (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (esta llamada es gratuita). También puede visitar pharmacy.costco.com y hacer clic en “Get Started” (Comenzar) para configurar una cuenta y completar el perfil del paciente para empezar a surtir recetas.

Por lo general, un pedido de farmacia de pedido por correo se le entregará en no más de 14 días. Sin embargo, a veces el pedido por correo puede retrasarse. Si su pedido por correo se retrasa, llame a Servicio de Atención al Cliente para averiguar cómo surtir su receta.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una nueva receta de los proveedores de atención médica, se comunicará con usted para saber si quiere surtir su medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas por correo.

Para los resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se termine para garantizar que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costos compartidos preferidos a un monto de costo compartido más bajo). Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones**

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener sus recetas surtidas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio de Atención al Cliente** para averiguar si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es 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.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

1. En caso de una emergencia médica.

Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o la atención que se necesita con urgencia.

2. Otras situaciones.

Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se aplica al menos una de las siguientes condiciones:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que brinden servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia minorista o de pedidos por correo de la red elegible. (Estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).
- Si viaja dentro de los EE.UU., pero fuera del área de servicio, y se enferma, pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura y una farmacia de la red no está disponible. No podemos pagar por ninguna receta que se surta fuera de los Estados Unidos, incluso para una emergencia médica.

Si el Gobernador de Minnesota, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a la cobertura. Visite ucare.org/important-coverage-information para obtener información importante sobre la cobertura durante un desastre declarado.

¿Cómo solicita el reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) cuando surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero).

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

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

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

Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos en la “Lista de medicamentos” son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se prescribe.
- -- o -- Respaldo por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

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

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

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

Cada medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan está en uno de cinco niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

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

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

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan ([ucare.org/medicare-druglist](https://www.ucare.org/medicare-druglist)). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la Herramienta de beneficios en tiempo real (“Real-Time Benefit Tool”) del plan (iniciando sesión en su Cuenta en línea de miembro de UCare en [member.ucare.org](https://www.member.ucare.org) y seleccionando Beneficios de farmacia (“Pharmacy Benefits”) o llamando al Servicio de Atención al Cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un costo estimado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo funcionará tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.

Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para saber qué tendrían que hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción por usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no acordar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción a medicamentos de marca o a productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

En general, un medicamento “genérico” o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original y generalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica o producto biológico intercambiable de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar de la versión de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico o biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento por usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero generalmente igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Límites de cantidad

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

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que deberían estar tomando, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede haber una versión genérica del medicamento que podría estar cubierta pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

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

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días en una farmacia minorista y 31 días en una farmacia de atención a largo plazo (LTC). Si su receta se escribe para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días en una farmacia minorista y 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- **Para aquellos que son miembros actuales del plan y están haciendo la transición a un nivel diferente de atención:**

Cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está escrita por menos días. Si usted es un miembro actual, admitido o dado de alta de un centro de atención a largo plazo, se le permitirá anular el “resurtido demasiado pronto” al que tiene acceso para obtener un suministro adecuado de sus medicamentos.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio de Atención al Cliente.

Durante el tiempo en que use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le dice qué

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

hacer. Explica los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera que es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

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

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión similar intercambiable del producto biológico.**

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

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

Cuando se producen cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea de forma regular. A continuación, señalamos las veces que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o más bajo y con las mismas o menos restricciones. 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 ambos, cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo diremos de inmediato.
 - Su médico también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios en los medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha comenzado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos”, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias en cajas de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Para estos cambios, debemos darle al menos 30 días de anticipación del cambio o darle aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubramos para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en su uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto por retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no encontrará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales al uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afecte durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le dice qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D de Medicare:

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso fuera de etiqueta. Uso fuera de la etiqueta es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para uso fuera de la etiqueta solo está permitida cuando el uso es respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Los medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si **recibe “Ayuda adicional”** para pagar sus recetas, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de 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 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente facturará al plan por *nuestra* parte del costo del medicamento. Tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

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

Si no tiene su información de membresía del plan con usted cuando surte su receta, usted o el personal de la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede solicitar a la farmacia que busque la información de inscripción del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja.** (Después puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?**

Si es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC), como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que surte medicamentos para todos los residentes. Si es un residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que este usa, si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Servicio de Atención al Cliente. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también está recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o jubilado?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

su cónyuge o pareja doméstica) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Conserve este aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilación o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos (hospicio) y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, contra las náuseas, laxante o contra la ansiedad) que no estén cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del prescriptor o de su proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o a quien receta que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finalice su beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe traer documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de medicamentos y el manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura

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

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

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

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y medicamento necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados podría no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas para esos medicamentos de una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todos los medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado médico)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará si limitaremos la cobertura de esos medicamentos para usted, o si se le requerirá que obtenga las recetas para esos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso para una revisión independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le colocará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo atención en un centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos, paliativos o para el final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Administración de terapia de medicamentos (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Un programa se llama programa de Administración de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico acerca de su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen y su lista de medicamentos con usted a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifiquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de
la Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto separado, llamado Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados (también denominada Cláusula del subsidio por ingresos limitados o Cláusula LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio de Atención al Cliente y pregunte por la Cláusula LIS.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D de Medicare: 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, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del capítulo 5 explican estas reglas. Cuando usa la Herramienta de beneficios en tiempo real (“Real-Time Benefit Tool”) del plan para buscar su cobertura de medicamentos (Consulte el Capítulo 5, sección 3.3), el costo mostrado se brinda “en tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento del tiempo para proporcionarle una estimación de los costos de desembolso directo que se espera que usted pague. También puede obtener información sobre esta herramienta llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso directo que podría pagar por medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos de desembolso directo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso directo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus costos de desembolso directo.

Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus costos de desembolso

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

directo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso directo.

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

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa de vacío de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado 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 hace estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus costos de desembolso directo.
- Estos pagos *también están incluidos* si se realizan en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuento para la etapa de vacío de cobertura de Medicare en sus costos de desembolso directo. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$8,000 en costos de desembolso directo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de vacío de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso directo.

Sus costos de desembolso directo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D de Medicare, incluidos los medicamentos

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.

- Pagos que usted hace por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa de vacío de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluyendo los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que se realizan mediante ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso directo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicio de Atención al Cliente.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe Explicación de beneficios de la Parte D (EOB) que recibe incluye el monto actual de sus costos de desembolso directo. Cuando esta cantidad alcance los \$8,000, este informe le dirá que ha salido de la Etapa de vacío de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de UCare Classic?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados bajo UCare Classic. La cantidad que pague depende de la etapa en la que se encuentre cuando se surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de vacío de cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

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

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

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

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se llama su **costo de desembolso directo**.
- Hacemos un seguimiento de sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo u otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha tenido una o más recetas surtidas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D La EOB de la Parte D incluye:

- **Información del mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información del año a la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos acerca de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Algunas veces puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de desembolso directo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos de desembolso directo, entréguenos copias de sus recibos. Aquí hay algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por los medicamentos que recibe bajo el programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces en que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso directo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.
- **Consulte los informes escritos que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio de Atención al Cliente. También puede revisar su EOB de la Parte D en línea iniciando sesión en su cuenta de miembro en línea de UCare en member.ucare.org y ver su EOB de la Parte D mensual en la Biblioteca de documentos (Document library). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para UCare Classic

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

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

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su copago o monto de coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan está en uno de cinco niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el número del nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 de costo compartido: nivel de especialidad (nivel más alto)

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

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- El servicio de farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago o coseguro. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago o coseguro.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento recetado de la Parte D de Medicare:

	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido en farmacia de atención a largo plazo (LTC) (un 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 información). (un suministro para hasta 29 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$7 de copago	\$7 de copago	\$7 de copago	\$7 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

Usted no paga más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido para las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran que reciba un suministro

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le despache menos de un suministro completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas.

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

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

<p>Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos para un suministro a largo plazo (para hasta 100 días) de un medicamento</p>

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

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

- A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento recetado de la Parte D de Medicare:

	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 100 días)	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (un suministro para hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$21 de copago	\$14 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$105 de copago	\$70 de copago
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	\$300 de copago	\$300 de copago

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 100 días)	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (un suministro para hasta 100 días)
Nivel 5 de costo compartido (medicamento de especialidad)	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
Usted no pagará más de \$70 por un suministro para dos meses o \$105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido.		

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen los \$5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido alcance el **límite de \$5,030 para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y terceros en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza esta cantidad, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de vacío de cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso directo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de vacío de cobertura

Cuando se encuentra en la Etapa de vacío de cobertura, el Programa de descuento para la Etapa de vacío de cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Durante esta etapa, usted paga \$0 de copago por medicamentos en el Nivel 1 y \$7 de copago por medicamentos en el Nivel 2. Para los Niveles 3 a 5, usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para medicamentos de marca. Tanto la cantidad que paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de desembolso directo como si los hubiera pagado y lo hacen avanzar a través de la etapa de vacío de cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Durante esta etapa, usted paga \$0 de copago por medicamentos en el Nivel 1 y \$7 de copago por medicamentos en el Nivel 2. Para los Niveles 3 a 5, usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que paga cuenta y lo hace avanzar a través de la etapa de vacío de cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos anuales de desembolso directo alcancen un monto máximo que Medicare ha establecido. Una vez que alcance esta cantidad de \$8,000, abandonará la Etapa de vacío de cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos de desembolso directo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro en la Etapa de vacío de cobertura no aplican para productos de insulina seleccionadas y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluyendo vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y vacunas para viajes.

Usted no paga más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto,

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso directo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no pagará nada.

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

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. 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. Consulte la “Lista de medicamentos” del plan o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

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

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

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. De manera alternativa, un proveedor puede administrarla en el consultorio médico.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede pedir al plan que le devuelva nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo completo que usted paga.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, pagará solo su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted 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: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, podría tener que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo para que el proveedor le administre la vacuna.
- A continuación, 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, se le reembolsará el monto completo que usted paga. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí misma.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted podría tener que pagar el costo total de este servicio.
- A continuación, 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, se le reembolsará el costo completo que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7

*Pedirnos que paguemos
nuestra parte de una
factura que recibió por
servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le pague (devolverle el dinero a menudo se llama “reembolsarle”). Tiene derecho a ser reembolsado por nuestro plan siempre que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos como se discute en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor es contratado, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Aquí hay ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedirle a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que forme parte de nuestra red o no. En estos casos

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a proporcionar atención de emergencia. Si accidentalmente paga el costo completo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
 - Si ya pagó más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Capítulo 7. Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados facturación de saldo. Esta protección (que nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted cree que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía bajo el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentos como recibos y facturas para que podamos manejar el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para una discusión de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total por una receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedir a la farmacia que llame al plan o buscar su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta la usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Capítulo 7. Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Usted puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la “Lista de medicamentos” del plan; o podría tener un requisito o restricción del que usted no sabía o cree que no debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para pagarle nuestra parte del costo.

7. Cuando paga de su bolsillo por un medicamento en el hospital

Si recibe un medicamento autoadministrado en el hospital y lo paga de su bolsillo, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo. Le reembolsaremos la cantidad que pagó, menos su costo compartido normal por el medicamento y cualquier diferencia entre la cantidad que cobró el hospital y lo que normalmente pagamos. Esta cantidad cuenta para su límite de costos de desembolso directo.

8. Cuando utiliza sus servicios de emergencia en todo el mundo, servicios necesarios de urgencia o beneficios de transporte de emergencia

Si tiene una emergencia, necesidad urgente de servicios o transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios, pagará por esos servicios por adelantado. Luego tendrá que pedirnos que le reembolsemos.

Le devolveremos el dinero a tarifas no mayores que las tarifas a las que pagaría Original Medicare, si los servicios se hubieran realizado en la localidad donde vive en los EE.UU. Restaremos cualquier cantidad de costo compartido que deba de la cantidad que pagamos. La cantidad que le reembolsemos puede ser menor que la cantidad que usted paga al proveedor extranjero. Esto se debe a que pagaremos a tasas no mayores que las que pagaría Original Medicare, y porque los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas a las que pagaría Original Medicare.

Guarde sus recibos y envíenos copias cuando nos pida que le paguemos. Sus recibos deben mostrar que es para un servicio de emergencia o necesario de urgencia. También necesitaremos una copia de los registros médicos por los servicios que recibió. Dependiendo del idioma, es posible que no podamos traducir la factura al inglés para procesar el reclamo. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de usted o de su proveedor para pagarle nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para saber cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7. Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**ucare.org/formembers**) o llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibos pagados a esta dirección:

Para solicitudes de pago por atención médica:

Attn: DMR Department
UCare
PO Box 52
Minneapolis, MN 55440-0052

Para solicitudes de pago de medicamentos recetados:

Navitus Health Solutions
Manual Claims
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

Capítulo 7. Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

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

Nuestro plan está obligado a dar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para 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 proporcionarán la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio en el costo compartido dentro de la red.

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

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted reciba acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que proporcione y haga arreglos para que obtenga sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión. No necesita obtener remisiones para ir a proveedores de la red.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de proveedores de la red del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención.

Si considera que no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le informa lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal como lo exigen estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le damos un aviso por escrito, llamado **Aviso de prácticas de privacidad**, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no tengan acceso a ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no esté brindando su atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya dado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones en las que no tenemos que obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que están verificando la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera individual.

Puede revisar la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene el derecho a revisar sus registros médicos que mantiene el plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos agregados o correcciones a sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores, sus servicios cubiertos y sus derechos y responsabilidades como miembro
--

Como miembro de UCare Classic, tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nosotros.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio de Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, incluyendo la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para ver una lista de los proveedores y farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o visitar nuestro sitio web en ucare.org/searchnetwork.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión si presenta una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que cree que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este documento. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- **Información sobre cómo UCare evalúa la nueva tecnología para su inclusión como un beneficio cubierto.**
 - Cuando las nuevas tecnologías ingresan al mercado (dispositivos, procedimientos o medicamentos), los líderes médicos de UCare evalúan cuidadosamente su eficacia. Utilizamos información recopilada de muchas fuentes y organizaciones de establecimiento de estándares en nuestra evaluación.
 - Los comités clínicos y de calidad de UCare y los directores médicos investigan y revisan cuidadosamente las nuevas tecnologías antes de determinar su necesidad médica o idoneidad.
 - UCare utiliza información de muchas fuentes en nuestros esfuerzos de evaluación, incluyendo Hayes, Inc. Technology Assessment Reports, literatura médica revisada por pares publicada, declaraciones de consenso y pautas de asociaciones nacionales y sociedades de médicos especializados, al Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA), otros organismos regulatorios y fuentes de expertos externas.

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

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en decisiones sobre su atención médica

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

También tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Para conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los tipos de opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda como consecuencia.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Complete un formulario escrito para **darle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que maneje su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una **directiva anticipada** para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. En Minnesota, puede comunicarse con Senior LinkAge Line® al 1-800-333-2433.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia de esta al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en ella, puede presentar una queja ante la Oficina de Quejas sobre Centros de Salud (Office of Health Facility Complaints) al 651-201-4200 o 1-800-369-7994 (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 651-583-5090.

Si cree que un plan de salud no siguió los requisitos de las directivas anticipadas, puede presentar una queja ante Atención Administrada (Managed Care) al 651-201-5176 o al 1-888-345-0823 (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos

Usted tiene derecho a expresar quejas o presentar apelaciones sobre la organización por la atención que brinda.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le dice lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no se han respetado?

Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad. Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados, hay acciones que puede tomar.

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no es acerca de discriminación, puede obtener ayuda para resolver con el problema que está teniendo:

- Puede llamar a Servicio de Atención al Cliente.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar al Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades

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

- Puede llamar a Servicio de Atención al Cliente.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Derechos y protecciones de Medicare (Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos. El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, proporcione información a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud para que pueda participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados con su proveedor.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o medicamento.
 - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si se le exige que pague la cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo*** para que podamos mantener al día su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro del plan.***
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

SECCIÓN 3 Si desea más información o tiene sugerencias sobre la información en este capítulo

Sección 3.1 Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la información de este capítulo

Llame a Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta o inquietud. También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.

Los números de teléfono y horarios para llamar a Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este documento.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 3.2 Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones con respecto a los derechos y responsabilidades de los miembros

Llame al Servicio de Atención al Cliente para proporcionarnos esa información. Agradecemos sus comentarios.

Los números de teléfono y horarios para llamar están impresos en la contraportada de este documento.

CAPÍTULO 9

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

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

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

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

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos

explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Para simplificar, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de presentar una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura, o determinación del riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe usar?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le ayudará.

¿Es su problema o preocupación acerca de sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos, servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los conceptos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura.**

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos, medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los servicios, artículos, medicamentos de la Parte B como **atención médica**. Puede usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está en la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda mostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio para el que se remite nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a proporcionar la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que

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

discutiremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo adecuadamente las reglas. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión por escrito.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si decimos que no a la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2 de apelación, que es realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos de acuerdo totalmente con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá pedir una Apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se explican con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Aquí hay recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted**. Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario Designación de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en ucare.org/formembers.
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su

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

- apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
 - **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario Designación de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en ucare.org/formembers. El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actuara en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
 - **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos legales le darán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **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 recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitar que se cubra una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más larga si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios

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

médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicio de Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

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

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. Usted no está recibiendo determinada atención médica que desea, y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le está diciendo que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo que previamente aprobamos se reducirá o se detendrá, y cree que reducir o detener esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

NOTA: Si la cobertura que se detendrá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

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

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación expedita**.

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted solo puede *pedir* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar los plazos estándar *provocaría un grave daño a su salud o perjudicaría su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por sí mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere o no que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida.

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

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es distinto del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un marco de tiempo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es No a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

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

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

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

Una apelación estándar generalmente se hace dentro de los 30 días. Una apelación rápida generalmente se hace dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que figuran en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para perderla, explique el motivo por el cual su apelación se presenta tarde cuando haga su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o su médico.

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

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes, si su salud requiere que lo hagamos.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud nos lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura **en un plazo de 30 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- **Si nuestro plan dice que no aparte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la Organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se le llama **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina expediente del caso. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo médico o servicio y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de que recibe su apelación. Si su “apelación rápida” es para un medicamento recetados de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo médico o servicio y la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le dirá su decisión por escrito y le explicará las razones de esta.

- **Si la organización de revisión dice que sí a una 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 la recepción de la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama mantener la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión
 - Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un cierto mínimo. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Diciéndole cómo presentar una apelación de Nivel 3

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También informa cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si no siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3.

Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos está pidiendo que le devolvamos la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es Sí en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D de Medicare o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D de Medicare

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, reglas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubiertos* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubriéramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos cubiertos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos*. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedir que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pedir pagar una cantidad de costo compartido más baja por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pedir obtener la aprobación previa para un medicamento. Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4
- Puede pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos que le reembolsemos. Sección 6.4**

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

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama pedir una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **excepción del formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que esté cubierto, puede pedirnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro prescriptor deberá explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción. Aquí hay tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro prescriptor pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento en la Lista de medicamentos está en uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número de nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.

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

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5, Nivel de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones**Su médico debe decirnos las razones médicas**

Su médico u otro prescriptor debe darnos una declaración explicando las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que recete cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra 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 sería tan efectivo como el medicamento que está pidiendo y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de estratificación, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o que puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si decimos no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción**Términos legales**

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibimos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibimos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría provocar un grave daño a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por sí mismo, sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su salud requiere o no que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud

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

de determinación de cobertura de los CMS (CMS Model Coverage Determination Request Form), que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado está siendo apelado.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otro prescriptor pueden llamarnos por teléfono y luego hacer un seguimiento enviando una declaración por escrito por fax o por correo.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes, si su salud requiere que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de respaldo de su médico en apoyo a su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le informará cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes, si su salud requiere que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

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

- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de respaldo de su médico en apoyo a su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le informará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le informará cómo puede apelar.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D de Medicare se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación expedita**.

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

Una apelación estándar generalmente se hace dentro de los 7 días. Una apelación rápida generalmente se hace dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro prescriptor deberán decidir si necesita una apelación rápida.

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

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 612-676-6841 o 1-877-523-1517** (esta llamada es gratuita). Los usuarios de TTY pueden llamar al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información acerca de su reclamo para que lo ayudemos a procesar su solicitud.
- **Puede enviar una apelación o queja iniciando sesión en su cuenta de miembro en línea de UCare.** Para enviar una apelación o queja:
 - Visite nuestra página de inicio en **ucare.org**.
 - Haga clic en “Log in” (Iniciar sesión), cerca de la esquina superior derecha de la página.
 - Bajo “member login” (inicio de sesión del miembro), ingrese su correo electrónico y contraseña y haga clic en “Sign In” (Iniciar sesión).
 - Elija “Message Center” (Centro de mensajes) de la barra de menú en la parte superior de la página.
 - Haga clic en “Create New Customer Services Message” (Crear un mensaje de servicios de cliente nuevo).
 - Seleccione “Appeal” (Apelación) o “Grievance” (Queja) (o “Appeal Part D” (Apelación de la Parte D) para miembros elegibles para Medicare) en la línea del asunto.
 - Detalles del tipo de apelación o queja en el cuadro de texto.
 - Haga clic en “Send Message” (Enviar mensaje) cuando esté listo para enviar su apelación o queja a UCare.
- **Usted debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para perderla, explique el motivo por el cual su apelación se presenta tarde cuando haga su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

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

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos cuidadosamente otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos una respuesta antes, si su salud requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos nuestra decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión

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

independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizar el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta en no a parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le informará cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación está pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se le llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otra persona que receta médica) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de riesgo bajo nuestro programa de manejo de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina expediente del caso. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pídale a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si esta es para un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para una apelación rápida:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para una apelación estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud para que le reembolsemos** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización dice que no a **parte o la totalidad** de su apelación, esto significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama mantener la decisión. También se llama rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Diciéndole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

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

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que se cubra una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más larga si considera que se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene el derecho de obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- El día que sale del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decide su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le está pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga y su solicitud se considerará.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que informa sobre sus derechos

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordenado por su médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

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

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que la recibió y comprende sus derechos.**
- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - La firma del aviso muestra *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Guarde su copia** del aviso a mano para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
 - Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos los servicios de su hospital para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de empezar, sepa lo que necesita hacer y cuáles son los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio de Atención al Cliente. O llame a su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagado por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le dice cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no después de la medianoche de su día de alta**.
 - **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por esto* mientras espera a obtener la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo**, y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista de alta, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.
- Una vez que solicita una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso da su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una muestra del aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital les dio.

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

- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito de nosotros que indica la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice *sí*, debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos hospitalarios como paciente hospitalizado por el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice *no*, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *después de que* la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice *no* a su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad dice *no* a su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que está pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planificada de alta.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Solicite la revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se quedó en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”.
- El aviso que recibirá le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea llevar su apelación a otro nivel, pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?**Términos legales**

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación alternativa* de Nivel 1**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.**

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, echamos un vistazo a toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos para ver si su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital fue justa y si siguió todas las reglas.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que solicite una revisión rápida.

- **Si decimos *sí* a su apelación,** significa que estamos de acuerdo en que aún debe estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si decimos *no* a su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina el día en que dijimos que la cobertura terminaría.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

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

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se le llama IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que estamos diciendo que *no* a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre su fecha de alta hospitalaria.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a su apelación**, entonces debemos pagarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar brindando cobertura del plan para sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas limitan cuánto reembolsaríamos o por cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice no a su apelación**, significa que están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
 - El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le dirá cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador).

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa a la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo pedimos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto**

Sección 8.1 ***Esta sección es solo sobre tres servicios: atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)***

Cuando está recibiendo **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 **Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura**

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedimos que sigamos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para confirmar que lo recibió.** Firmar el aviso *únicamente* muestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de empezar, sepa lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio de Atención al Cliente. O llame a su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga que su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite un *Apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le dice cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor que figura** en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, y aún desea presentar una apelación, debe apelar directamente ante nosotros. 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 hace una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les dio.
- Al final del día, los revisores nos informarán de su apelación, usted obtendrá la **Explicación detallada de no cobertura** de nosotros que explica en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le dirán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que sí a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, entonces su cobertura terminará en la fecha que le dijimos.
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo** total de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores que *no* a la apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya terminado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo completo de sus servicios de salud en el hogar, o atención de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

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

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador).

Paso 4: Si la respuesta es *no*, deberá decidir si desea o no llevar su apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su primera apelación (dentro de un día o

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

dos, como máximo). Si no cumple el plazo para comunicarse con la organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación alternativa* de Nivel 1

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, echamos otro vistazo a toda la información sobre su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que solicite una revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación,** esto significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo, y seguiremos brindando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si sigue recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se le llama IRE .

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos para su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe ser

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

cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**

Esta organización no está conectada con este plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para administrar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **si esta organización dice sí a su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas limitan cuánto reembolsaríamos o por cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice no a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó para su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador). La Sección 9 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 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 apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí está quien maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si el juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) dice que sí a su apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador).
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) dice que no a su apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es sí, o si el Consejo niega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación favorable de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado. A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no, o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* sobre su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí está quien maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o un mediador independiente (adjudicador) **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice no a su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las reglas le permiten o no pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* sobre su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas maneja el proceso de queja?

El proceso de queja es *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Siente que lo están animando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado tiempo obtenerla? • ¿Ha estado esperando demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> – Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones y apelaciones de cobertura)</p>	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos pidió una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se llama **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se llama **presentar una queja formal**.
- **Usar el proceso de quejas** también se llama **Usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama una **queja expedita**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar al Servicio de Atención al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio de Atención al Cliente se lo dirá.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Nuestro procedimiento de queja incluye procesos de queja orales y escritos como se describe a continuación.

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

Queja oral

- Si no podemos resolver su queja oral de inmediato por teléfono, analizaremos su queja y le daremos una respuesta tan pronto como su situación lo requiera en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha en que nos llamó.
- Llamaremos y le diremos qué podemos hacer con respecto a su queja o le diremos nuestra decisión. Si solicita una respuesta por escrito a su queja oral, le responderemos por escrito.
- Podemos extender el plazo para resolver su queja oral por 14 días calendario adicionales si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso es en su mejor interés. Si extendemos el plazo, debemos notificarle inmediatamente por escrito las razones del retraso.
- Si no podemos resolver su queja oral por teléfono, o si no está de acuerdo o no está satisfecho con nuestra respuesta, tenemos un procedimiento formal para que presente una queja por escrito.

Reclamo por escrito

- Puede **escribirnos** sobre su queja. Envíe su carta de queja por escrito a:
Attn: Member Appeals and Grievances
UCare
PO Box 52
Minneapolis, MN 55440-0052
- **O envíenos un correo electrónico** a cag@ucare.org.
Si prefiere entregarnos su queja por escrito, nuestra dirección es:
500 Stinson Blvd. NE
Minneapolis, MN 55413
- También puede enviarnos su queja escrita por **fax** al 612-884-2021 o al 1-866-283-8015.
- Podemos ayudarlo a presentar su queja por escrito. Si necesita ayuda, llame a Servicio de Atención al Cliente.
- Le notificaremos dentro de los diez (10) días calendario que hemos recibido su queja por escrito.
- Dentro de los 30 días, le enviaremos una carta sobre nuestros hallazgos o decisión.
- Podemos extender el plazo para resolver su queja por escrito por 14 días calendario adicionales si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso es en su mejor interés. Si extendemos el plazo, debemos notificarle inmediatamente por escrito las razones del retraso.

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

Si su queja se refiere a nuestra denegación de una reconsideración acelerada, determinación de la organización o determinación de cobertura, le daremos una decisión dentro de las 24 horas.

- El **plazo** para hacer una queja es **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es en su mejor interés, o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una **respuesta en 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O bien,

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

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre UCare Classic directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Finalización de su
membresía en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en UCare Classic puede ser **voluntaria** (a su elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejar el plan. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

<h3>Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual</h3>

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de Medicare si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura sin medicamentos recetados.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de UCare Classic pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Asistencia Médica (Medicaid).
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le informa más acerca de los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. O bien,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía por lo general terminará el primer día del mes posterior a que su solicitud de cambio de plan se reciba.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la finalización de su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio de Atención al Cliente.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare y usted* 2024.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.Usted será dado de baja automáticamente de UCare Classic cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.Usted será dado de baja automáticamente de UCare Classic cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.Se cancelará su inscripción en UCare Classic cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- Debe seguir usando nuestras farmacias de la red o farmacias de pedidos por correo para surtir sus recetas.**

- **Si está hospitalizado el día en que termine su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 UCare Classic debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

UCare Classic debe finalizar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene que brinda cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta proporcionar la atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si terminamos su membresía debido a esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector general.
- Si no paga las primas del plan durante 90 días.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.

- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D de Medicare debido a sus ingresos y no los paga, Medicare lo cancelará de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2 No <u>podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--

UCare Classic no puede pedirle que abandone nuestro plan por razones relacionadas con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle nuestras razones por escrito para terminar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir 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 de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales, y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, 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 su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicio de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, UCare Classic, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales

SECCIÓN 4 Aviso sobre el plazo de cobertura del miembro

Su cobertura bajo esta *Evidencia de cobertura* comenzará en la fecha de vigencia confirmada por los CMS y finalizará en la fecha de cancelación de la inscripción, o el 31 de diciembre. Los servicios deben ser recibidos (se debe incurrir en gastos) durante el plazo de su cobertura. En ningún caso hay cobertura bajo el plan antes de su fecha de vigencia o después de su fecha de cancelación de la inscripción con una excepción. Si el 31 de diciembre usted es un paciente hospitalizado en un hospital, un hospital de rehabilitación o una parte distinta de un hospital utilizado como unidad de rehabilitación para pacientes hospitalizados, su cobertura para los gastos de hospitalización de la Parte A de Medicare continuará hasta que sea dado de alta de ese lugar de confinamiento.

SECCIÓN 5 Aviso sobre modificaciones

De vez en cuando, esta *Evidencia de cobertura* puede ser enmendada. Si eso sucede, se le enviará una nueva Evidencia de cobertura o páginas de enmienda relevantes. Cualquier cambio o cualquier cláusula añadida a esta *Evidencia de cobertura* entra en vigor en su propia fecha de vigencia específica.

No se realizará ningún cambio a esta *Evidencia de cobertura* a menos que sea hecho por una enmienda o una cláusula adicional que haya recibido la aprobación previa de CMS. Nadie tiene la autoridad para hacer cambios orales o enmiendas a esta *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Aviso sobre cesión de derechos

No hay derechos bajo esta *Evidencia de cobertura* que sean asignables por usted o su representante. Cualquier intento de cesión será nulo. Sin embargo, puede asignar el pago de los servicios cubiertos a su médico u otro proveedor.

SECCIÓN 7 Aviso sobre la conformidad con los estatutos

Cualquier disposición de esta *Evidencia de cobertura* que esté en conflicto con los requisitos de los estatutos y reglamentos federales, o los estatutos y reglamentos aplicables de la jurisdicción en la que se entrega, en la medida en que no esté precedido por la ley federal, se modifica por la presente para cumplir con los requisitos de dichos estatutos y reglamentos. Si durante la vigencia de esta *Evidencia de cobertura* cualquier ley o reglamento federal o estatal es enmendado, esta *Evidencia de cobertura* se modifica para ajustarse a los requisitos mínimos de dichos cambios, a partir de sus fechas de entrada en vigor legislativa.

SECCIÓN 8 Aviso sobre error administrativo

Un error administrativo no lo privará de cobertura ni creará un derecho a beneficios no cubiertos por esta *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 9 Representantes designados

Puede nombrar (designar) a alguien para que actúe como su representante personal. Puede nombrar a un pariente, amigo, defensor, médico u otra persona para que actúe en su nombre. Es posible que algunas otras personas ya estén autorizadas bajo la ley estatal para actuar en su nombre. Si actualmente tiene un poder notarial, deberá enviarnos una copia de los documentos para que esta información se guarde en su archivo. Si desea que alguien actúe en su nombre, entonces usted y la persona que desea que actúe por usted deben firmar y fechar una declaración que le dé permiso legal a esta persona para actuar como su representante. Esta declaración debe enviarse a la dirección que se muestra en el Capítulo 2. Puede llamar al número de Servicio de Atención al Cliente en el Capítulo 2 para saber cómo nombrar a su representante y para recibir el formulario de Declaración de representante. Tenga en cuenta que no podemos discutir información específica del miembro con alguien que no sea el miembro o el representante del miembro a menos que la ley permita lo contrario.

SECCIÓN 10 Exclusión voluntaria de Medicare por parte del proveedor

Un médico u otro proveedor puede optar por no participar en el programa Medicare al proporcionar la mayoría de los servicios que de otro modo estarían cubiertos por Medicare a cualquier beneficiario de Medicare a través de un contrato privado. Los servicios proporcionados por dichos médicos y proveedores no estarán cubiertos por este plan ni por Original Medicare. La atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios proporcionados como beneficio suplementario por un médico o profesional son excepciones a esta regla. Usted es responsable de preguntar a los médicos o proveedores fuera de la red si han optado por no participar en el programa de Medicare.

SECCIÓN 11 Responsabilidad civil

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual un tercero es responsable debido a un acto u omisión negligente o intencional que le cause dicha enfermedad o lesión, debe notificarnos de inmediato de la enfermedad o lesión. Un “tercero” es cualquier persona que no sea usted o UCare, e incluye cualquier aseguradora que proporcione cobertura disponible para usted, incluyendo, pero no limitado a: responsabilidad civil, conductor sin seguro, motorista con seguro insuficiente, cobertura sombrilla personal, compensación de trabajadores y todos los demás tipos de cobertura de partes principales. Le enviaremos una declaración de los montos que pagamos por los servicios prestados en relación con la lesión o enfermedad. Si recupera cualquier suma de un tercero en relación con la enfermedad o lesión, se nos reembolsará dicha recuperación por los pagos que hicimos en su nombre, sujeto a las limitaciones en los siguientes párrafos:

- 1. Nuestros pagos son menores que el monto del fallo o acuerdo.** Si nuestros pagos son menores que el monto total de la recuperación de cualquier tercero (el “monto de recuperación de terceros”), nuestro reembolso se calculará de la siguiente manera:

Paso uno: Determine la relación entre los costos de adquisición y el monto de recuperación de terceros. “Costos de adquisición” significa honorarios de abogados y otros costos y gastos incurridos para obtener un acuerdo o sentencia en relación con el monto de recuperación de terceros.

Paso dos: Aplique la proporción calculada en el Paso uno a nuestros pagos. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.

Paso tres: Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El resto es el monto de nuestro reembolso.

Capítulo 11. Avisos legales

2. **Nuestros pagos son iguales a o exceden el monto del fallo o acuerdo.** Si nuestros pagos igualan o exceden el monto de recuperación de terceros, nuestro monto de reembolso es el monto total de recuperación de terceros menos los costos totales de adquisición.
3. **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a su recuperación.** Si debemos presentar una demanda contra la parte que recibió el monto de recuperación de terceros porque esa parte se opone a nuestro reembolso, nuestro monto de reembolso es el menor de los siguientes:
 - a. Nuestros pagos realizados en su nombre por servicios; o
 - b. El monto de recuperación de terceros, menos el costo total de adquisición de la parte.

Sujeto a las limitaciones establecidas anteriormente, usted acepta otorgarnos una asignación de, y un reclamo y un gravamen contra, cualquier monto recuperado a través de un acuerdo, juicio o veredicto. Es posible que le solicitemos que ejecute documentos y proporcione la información necesaria para establecer la asignación, reclamo o gravamen para determinar nuestro derecho al reembolso.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: una compañía bajo contrato con UCare que administra aspectos delegados específicos del beneficio de farmacia, incluyendo el procesamiento de reclamos y las determinaciones de cobertura.

Año calendario: un período de doce (12) meses que comienza el 1 de enero y termina doce (12) meses consecutivos después, el 31 de diciembre.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Atención de custodia (o asistencia de apoyo): la atención de custodia es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades profesionales o capacitación, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de custodia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua, diariamente, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Beneficio de Punto de servicio: la cobertura para determinados servicios proporcionados por proveedores fuera de la red, dentro de los Estados Unidos y sus territorios, que puede ser a un nivel de costo compartido mayor (nivel fuera de la red). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.3, para

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

obtener más información.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente Beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

Biosimilar: Un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables cumplen requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Cargo máximo (cargo límite): los proveedores no participantes pueden cobrar más que el monto aprobado por Medicare. El “cargo límite” es 15% más que el monto aprobado de Medicare. El cargo límite solo aplica a determinados servicios y no aplica a suministros o equipo.

Centro de cuidados paliativos (hospicio): un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): una instalación que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo 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 opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no excede las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: una cantidad que se le puede exigir que pague como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Coseguro: un monto que usted debe pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos cubiertos después de pagar cualquier deducible.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan).

El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos:

(1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de que los servicios o medicamentos estén cubiertos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de “costo compartido” arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo “de desembolso directo” del miembro.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y la cantidad, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan acerca de si artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Días de reserva de por vida: en Original Medicare, estos son días adicionales que Medicare pagará cuando esté en un hospital por más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que puede utilizar durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos, excepto un coseguro diario.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): cierto equipo médico que es indicado por su médico para su uso en el hogar. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, bastones, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (hospitalización): una estadía hospitalaria u hospitalización es cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D que

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$8,000 por la cobertura de medicamentos cubiertos durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluyendo los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre durante el año, alcancen los \$5,030.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido por el plan. Como miembro de UCare Classic, usted solo tiene que pagar los montos de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores facturen el saldo o le cobren más que la cantidad de costos compartidos que su plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contratos con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real (Real-Time Benefit Tool): Un 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 los importes de los costes compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación medicamento aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura bajo la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o Medical Assistance): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del Estado varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que las versiones genéricas del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) porque tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

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

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellos con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, pagará el monto estándar de la prima y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto de desembolso directo máximo dentro de la red: lo máximo que pagará por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando obtenga servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto de desembolso directo combinado, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Monto máximo de desembolso directo: lo máximo que usted paga de desembolso directo

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

durante el año calendario por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por sus primas del plan y primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para el máximo de desembolso directo.

Monto permitido: para proveedores dentro de la red, el monto máximo pagado por UCare por servicios del plan de salud cubiertos. Para proveedores fuera de la red, el monto pagado por UCare por servicios cubiertos del plan de salud es el menor entre el monto facturado del proveedor o el monto permitido.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad agregada a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. Por lo general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica a montos que son establecidos por el Congreso. Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan “Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa de beneficios de medicamentos recetados voluntario de Medicare.

Período de beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios solo puede comenzar después de que finalice cualquier período de beneficios existente y no hay límite para el número de períodos de beneficios. Tanto para nuestro plan como para Original Medicare, se utiliza un período de beneficios para determinar la cobertura de las estadías de pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada. Para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 aplica cada vez que es admitido en el hospital.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. La inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiar a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un momento establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costo de Medicare (Medicare Cost Plan): un Plan de costo de Medicare es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato reembolsado por el costo en virtud de la sección 1876 (h) de la Ley.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de desembolso directo para los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos totales combinados de desembolso para servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Planes de costo de Medicare, Planes para necesidades especiales, Programas piloto/de demostración (Demonstration/Pilot Programs) y Programas de atención integral para personas mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado la Parte D de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan i) HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o un iv) plan de Cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan para necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas específicas graves o incapacitantes, definidas en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las múltiples agrupaciones de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar brechas o “vacíos” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Producto biológico: Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares suelen ser tan eficaces y seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuento para la Etapa de vacío de cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D de Medicare a los miembros de la Parte D de Medicare que han alcanzado la Etapa de vacío de cobertura y que aún no están recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Programa de tarifas de Medicare: una lista de las tarifas utilizadas por Original Medicare para pagar a los proveedores u otros vendedores.

Prótesis y órtesis: los dispositivos médicos incluyen, pero no se limitan a, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía, y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que acude para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar a su proveedor de atención primaria antes de usar cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago en su totalidad, y en algunos casos para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es empleado, dueño ni operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

están empleados, propiedad u operados por nuestro plan.

Queja: el nombre formal para hacer una queja es presentar una queja formal. El proceso de queja se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no involucra las disputas de cobertura o pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicio de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare cubren todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye beneficios adicionales, como beneficios de la vista, dentales o de la audición que un plan Medicare Advantage pueda ofrecer.

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de telesalud: visitas virtuales interactivas en tiempo real que permiten a los proveedores evaluar, diagnosticar y tratarlo sin una visita al consultorio en persona. A menudo se utilizan para visitas de seguimiento, para controlar afecciones crónicas y medicamentos, para consultar con especialistas y otros servicios clínicos.

Servicios necesarios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Subsidio para personas de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa de dispensación: una tarifa cobrada cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Tasa diaria de costo compartido: una “tasa diaria de costo compartido” se puede aplicar cuando su médico le recete menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos para usted y se le exige que pague un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Aquí hay un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costo compartido” es de \$1 por día.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Visita electrónica (E-visit): acceso web seguro y encriptado a través de tecnología remota, que proporciona intercambio en línea de información médica no urgente entre un proveedor de atención médica y un paciente establecido. Las visitas electrónicas siguen los protocolos médicos establecidos y las recomendaciones de prescripción o tratamiento siguen las leyes estatales y están dentro del alcance de la práctica del proveedor.

Servicio de Atención al Cliente de UCare Classic

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME	612-676-3600 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana El Servicio de Atención al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	612-676-6810 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). De 8 am a 8 pm, los siete días de la semana Estos números requieren equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
FAX:	612-676-6501 1-866-457-7145
ESCRIBA	Attn: Customer Service UCare PO Box 52 Minneapolis, MN 55440-0052
SITIO WEB	ucare.org

Senior LinkAge Line® (SHIP de Minnesota)

Senior LinkAge Line® es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	1-800-333-2433 (esta llamada es gratuita).
TTY	Llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al 711 o use su servicio de retransmisión preferido. (Esta llamada es gratuita).
ESCRIBA	Minnesota Board on Aging PO Box 64976 St. Paul, MN 55164-0976
SITIO WEB	www.seniorlinkageline.com

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeles de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.