TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura

Su cobertura de beneficios y servicios de salud y medicamentos recetados de Medicare como miembro de:

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)

Este documento le brinda información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Es un documento legal muy importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Servicios para Miembros llamando al 1-800-701-9000 para obtener información adicional. (Los usuarios TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratis.

Este plan, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, lo ofrece Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan). (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* diga "nosotros", "nos", "nuestro(a)" o "nuestros(as)", se refiere a Tufts Health Plan. Cuando diga "plan" o "nuestro plan", significa Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx).

Este documento está disponible gratis en español.

Esta información está disponible en diversos formatos, incluso en letra grande.

Los beneficios, las primas o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para obtener información sobre lo siguiente:

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

Aprobación de la OMB: 0938-1051 (vence el 31 de agosto de 2026)

Evidencia de Cobertura 2025

Contenidos

CAPÍTULO 1: ***Introducción para el miembro***

SECCIÓN 1 Introducción
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá
SECCIÓN 4 Su costo mensual por el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

CAPÍTULO 2: ***Números de teléfono y recursos importantes***

SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactar a Servicios para Miembros)
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad
SECCIÓN 5 Seguro Social
SECCIÓN 6 Medicaid
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

CAPÍTULO 3: ***Uso del plan para sus servicios médicos***

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios?
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

CAPÍTULO 4: ***Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)***

SECCIÓN 1 Cómo entender los desembolsos para servicios cubiertos
SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto y cuánto pagará
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

CAPÍTULO 5: ***Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D***

SECCIÓN 1 Introducción
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan
SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos
SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrar los medicamentos

CAPÍTULO 6: ***Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D***

SECCIÓN 1 Introducción
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en qué período de pago de medicamentos se encuentra usted cuando lo obtiene
SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué período de pago se encuentra
SECCIÓN 4 No hay deducible para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
SECCIÓN 5 Durante el período de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de su medicamento y usted paga su parte
SECCIÓN 6 Durante el período de cobertura catastrófica, no paga nada para sus medicamentos cubiertos por la Parte D
SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtenga

CAPÍTULO 7: ***Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos***

SECCIÓN 1 Situaciones en las que nos debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le paguemos o que paguemos una factura que haya recibido
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y particularidades culturales como miembro del plan
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*
SECCIÓN 1 Introducción
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema?
SECCIÓN 4 Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que se le da de alta demasiado pronto
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y superior
SECCIÓN 10 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes

CAPÍTULO 10: *Fin de su membresía en el plan*
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan
SECCIÓN 5 Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

CAPÍTULO 11: *Notificaciones legales*
SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes
SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación
SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare
SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx y los proveedores
SECCIÓN 5 Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*

CAPÍTULO 1:

Introducción para el miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, que es un plan Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx es un plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de Organización para el Mantenimiento de la Salud), aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Asistencia Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Los términos "*cobertura*" y "*servicios cubiertos*" se refieren a la atención y servicios médicos y medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que están disponibles para usted. Lo instamos a dedicar un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx 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 afectan su cobertura. En ocasiones, estas notificaciones se llaman "*cláusulas adicionales*" o "*enmiendas*".

El contrato está en vigor durante los meses en los que está inscrito en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en el plan que ofrecemos. Esto quiere decir que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx después del 31 de diciembre de 2025. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx todos los años. Puede seguir cada año con su cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Es elegible para una membresía en nuestro plan siempre y cuando:

- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B;
- --*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 estadounidense o tenga residencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro del plan, debe mantener su residencia en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts:

- Condado de Barnstable
- Condado de Bristol
- Condado de Essex
- Condado de Hampden
- Condado de Hampshire
- Condado de Middlesex
- Condado de Norfolk
- Condado de Plymouth
- Condado de Suffolk
- Condado de Worcester

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare disponible en la nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener estadía legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx si no es elegible para ser miembro según esta condición. Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras es miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos recetados que compre en las farmacias de la red. Además, debería mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. El siguiente es un ejemplo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo es:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de membresía en el plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores y los abastecedores de equipos médicos duraderos de nuestra red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, abastecedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe acudir a los proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si va a otro sitio sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y abastecedores está disponible en nuestro sitio web www.thpmp.org.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (ya sea digital o en papel) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en papel se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* que aparece en www.thpmp.org enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores que los estándar que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.thpmp.org.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos "Lista de medicamentos" para fines prácticos. Indica los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Además, la Lista de medicamentos indica si hay reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada de los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Su costo mensual por el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Prima del beneficio complementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

En algunos casos, la prima del plan puede ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Extra Help" y programas estatales de asistencia farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 contiene más información sobre estos programas. Si cumple los requisitos, inscribirse en estos programas puede disminuir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre primas en esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique a su caso.** Le enviamos un encarte aparte, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben pagos de "Extra Help" para medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos* o *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos [LIS]*), que le ofrece más información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D son distintas para personas con ingresos distintos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2025* en la sección llamada *2025 Medicare Costs* (Costos de Medicare para 2025). Si necesita una copia, la puede descargar del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual por el plan. La tabla a continuación muestra la cantidad mensual por concepto de prima para cada plan que ofrecemos en el área de servicio.

Si vive en...	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Condado de Barnstable	$48.00
Condado de Bristol	$48.00
Condado de Essex	$58.00
Condado de Hampden	$37.00
Condado de Hampshire	$37.00
Condado de Middlesex	$48.00
Condado de Norfolk	$48.00
Condado de Plymouth	$48.00
Condado de Suffolk	$58.00
Condado de Worcester	$45.00

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Prima del beneficio complementario opcional

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, entonces paga una prima adicional mensual por estos beneficios adicionales. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2.

La prima mensual adicional para agregar la opción Tufts Medicare Preferred Dental Option a su plan es de $37.00.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después del término del período de inscripción inicial hay un período de 63 días seguidos o más en el que no tiene la Parte D ni otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de esa multa depende del tiempo que estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se suma a la prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, le indicaremos la cantidad de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su compañía de seguros o el Departamento de Recursos Humanos le indicarán anualmente si la cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información por correo o puede incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Toda notificación debe indicar que tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable por la que se esperaba que pagara tanto como paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
    - **Nota:** Lo siguiente no se considera cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuentos de medicamentos recetados, clínicas gratis y sitios web de descuentos de medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Así funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contabilizará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del

1 % por cada mes que no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.

- Luego, Medicare determina la cantidad promedio de la prima mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país según el año anterior. Para 2025, la cantidad promedio de la prima es de $36.78.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de multa por la prima mensual promedio y luego, redondee el total a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por $36.78, que equivale a $5.15. Esto se redondea a $5.20. Esta cantidad se sumará **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D**.

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

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.
- En segundo lugar, **seguirá con el pago de una multa** mensual durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tiene beneficios para medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia los planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no ha tenido cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare por tercera edad.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, puede solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que recibió donde se indicaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra opción de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si no paga, podría cancelarse su inscripción en el plan por falta de pago de las primas.

Sección 4.5 Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en la declaración de

impuestos del IRS de hace dos años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la suma adicional que posiblemente deba pagar según su ingreso, 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 el plan de Medicare, le enviará una carta que indique cuál será la cantidad adicional. La suma adicional se retendrá del pago del cheque del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga habitualmente la prima del plan, a menos que el beneficio mensual que recibe no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la suma adicional al gobierno. No puede pagarla con la prima mensual del plan. Si no paga la suma adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de una suma adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa del plan de pago de medicamentos de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos por los medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por las recetas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que le quedan al año.

En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Hay distintas formas para pagar la prima del plan

Hay 4 formas en las que puede pagar la prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque

La prima mensual del plan vence el quince (15) de cada mes. Si decide pagarnos directamente, Tufts Medicare Preferred le enviará una factura y un sobre para enviar el pago antes del vencimiento de las primas del plan. Llene un cheque o una orden de pago por la cantidad que aparece en la factura (los cheques o las órdenes de pago deben ser pagaderos a Tufts Medicare Preferred) y envíelo por correo a Tufts Medicare Preferred en el sobre con ventana que se provee o a:

Tufts Medicare Preferred
PO Box 9225
Chelsea, MA 02150

Los pagos recibidos se aplicarán automáticamente a la factura pendiente con mayor antigüedad. Los pagos recibidos antes de la fecha de vencimiento se reflejarán en la factura del mes siguiente.

Si desea ir a dejar el cheque en persona (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.), diríjase a:

Tufts Medicare Preferred
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Opción 2: Puede pagarla con una transferencia electrónica de fondos (EFT)

En vez de pagarla con cheque, puede pagar la prima mensual del plan mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT). Las deducciones automáticas de la cuenta bancaria se hacen mensualmente y, por lo general, el 9 de cada mes. Los retiros se realizan el día 9 del mes para tener tiempo de recibir y publicar el pago en su cuenta antes de la fecha de vencimiento de la factura, el día 15. Si el 9 del mes corresponde a un día sábado, domingo o festivo, la deducción se hará el día hábil siguiente. Si quiere pagar la prima mensual del plan mediante una EFT y actualmente no lo hace, llame a Servicios para Miembros para obtener información. Puede demorar hasta dos meses implementar las deducciones por EFT después de inscribirse en este método de pago. Continúe pagando la prima mensual del plan directamente a Tufts Medicare Preferred hasta que le informemos que está inscrito en el programa de EFT.

Opción 3: Puede pagar en línea

Puede pagar la prima mensual del plan si crea una cuenta personal segura en nuestro sitio web www.thpmp.org/registration (Si ya tiene una cuenta, solo ingrese a www.thpmp.org/login). En su cuenta personal, puede ver la cantidad actual de la prima del plan, lo que pagó el mes anterior y cuánto debe pagar el mes siguiente. Puede hacer un pago único por la cantidad adeudada (la prima del plan vence todos los meses) o configurar un pago recurrente que se deducirá automáticamente de su cuenta bancaria todos los meses. Para obtener información más detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Servicios para Miembros o ingrese a www.thpmp.org/registration.

Opción 4: Que la prima del plan se descuente del cheque mensual del Seguro Social

Cambio en la forma de pagar la prima de su plan

Si decide cambiar el método de pago de las primas de su plan, el nuevo método puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud para cambiar el método de pago, usted es responsable de asegurarse de seguir con el pago oportuno de las primas del plan. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Lo que debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan vence, en nuestra oficina, el 15 de cada mes. Si no hemos recibido el pago antes del 15 de cada mes, le enviaremos un aviso para indicarle que se cancelará la membresía al plan si no recibimos el pago de la prima dentro de 2 meses. Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe hacerlo para mantener la cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la prima de forma oportuna, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden a pagar los costos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó la prima, tendrá cobertura de salud de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento que finalicemos su membresía, es posible que aún adeude primas que no ha pagado. Tenemos el derecho de exigir el pago de la cantidad adeudada. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar la cantidad que adeuda antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos finalizado su membresía de forma errónea, puede hacer un reclamo (también llamado queja formal); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar un reclamo. Si tuvo un caso de emergencia que no pudo controlar y eso provocó que no pudiera pagar la prima del plan durante nuestro período de gracia, puede hacer un reclamo. En caso de que haya reclamos, revisaremos de nuevo nuestra decisión. El Capítulo 9, Sección 10 de este documento le indica cómo hacer un reclamo o puede llamarnos al 1-800-701-9000, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer la solicitud a más tardar 60 días calendario después de la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No tenemos autorización para cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo 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 ocurre si se vuelve elegible para el programa "Extra Help" o si pierde la elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro cumple los requisitos para "Extra Help" con los costos de los medicamentos recetados, este programa pagará parte de la prima mensual de su plan. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede encontrar más información sobre el programa "Extra Help" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan

El registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, como el proveedor primario de cuidados médicos, grupo médico y Asociación de Médicos Independientes (IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido que le corresponden.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en alguna otra cobertura de seguros médicos que tenga (como del empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación del trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes automovilísticos.
- Si lo han ingresado a una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de atención o fuera de la red.

- Si cambia la parte responsable designada (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros. Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar cierta información en nuestro sitio web. Para obtener detalles sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Servicios para Miembros o ingrese a www.thpmp.org/registration.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre usted y sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar otras coberturas que tenga con los beneficios de nuestro plan. Este proceso se conoce como **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año le enviaremos una carta en la que se indicarán las otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si la información es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (después de que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen a tiempo y de forma correcta.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar se llama “pagador secundario” y solo paga los costos que no cubrió la cobertura principal, si los hubiera. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otros seguros, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de uno de los miembros de su familia, el pagador principal estará sujeto a su edad, a la cantidad de

personas empleadas por el empleador y a si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

- Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años, y usted o su cónyuge o pareja de hecho aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare por ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (que incluye seguro para automóviles)
- Responsabilidad civil (que incluye seguro para automóviles)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación del trabajador

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono
y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactar a Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9405
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021

Método	Servicios para Miembros: Información de contacto
SITIO WEB	www.thpmp.org

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

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a 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 un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).*

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9405

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

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

Una apelación es una manera formal de solicitarnos 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 un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).*

Método	Apelaciones por atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Método	Apelaciones por atención médica: Información de contacto
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando hace un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, como un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Reclamos sobre atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Reclamos sobre atención médica: Información de contacto
	Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente ante Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos según el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).*

Método	Decisiones de cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-673-0956
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

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

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con respecto a sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Apelaciones relativas a los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. En caso de apelaciones urgentes de la Parte D en fines de semana y días festivos, llame a Servicios para Miembros y siga las instrucciones. El especialista de turno del Departamento de Apelaciones y Quejas devolverá su llamada en un plazo de 24 horas. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516

Método	Apelaciones relativas a los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo con respecto a sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Reclamos relativos a los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Reclamos relativos a los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
	Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente ante Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

A dónde enviar una solicitud en la que nos pide pagar nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido.

Si ha recibido una factura o ha pagado por unos servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*.

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

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-1028
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred P.O. Box 518 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

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

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, 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).

La agencia federal a cargo de Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los actuales asuntos de Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Provee información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB (CONTINUACIÓN)	• **Buscador de planes de Medicare:** Provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un cálculo *aproximado* de lo que podrían ser sus desembolsos en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier reclamo que tenga con respecto a Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx: • **Informe a Medicare de su reclamo:** Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien puede llamar a Medicare e indicar qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos).

SHINE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a hacer reclamos sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	**SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) (SHIP de Massachusetts): Información de contacto**
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que paga Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debería comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted cree que la cobertura de su hospitalización va a terminar demasiado pronto.
- Usted cree que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) va a terminar demasiado pronto.

Método	Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts): Información de contacto
LLAME AL	1-888-319-8452 Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos: 11:00 a. m. a 3:00 p. m. Hay servicio de correo de voz disponible 24 horas al día. Hay servicios de traducción disponibles para beneficiarios y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Acentra Health Programa BFCC-QIO 5201 West Kennedy Blvd Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales mayores de 65 años que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción

en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para inscribirse en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar quiénes tienen que pagar una suma adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que le indican que tiene que pagar la suma adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos bajaron debido a un acontecimiento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir que reconsidere su decisión.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para darle esta información.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios automatizados de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites 24 horas al día.
TTY	1-800-325-0778 Las llamadas a este número son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores incapacitados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con MassHealth.

Método	MassHealth (Programa de Medicaid de Massachusetts): Información de contacto
LLAME AL	1-800-841-2900 Horario de atención: Autoservicio disponible 24 horas al día en inglés y español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; servicios de intérprete disponibles. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC) es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	MassHealth Central Office 100 Hancock Street, 1st Floor Quincy, MA 02171
SITIO WEB	www.mass.gov/topics/masshealth

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

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) provee información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia, los cuales se describen a continuación.

Programa "Extra Help" de Medicare

Medicare provee "Extra Help" para pagar los costos de medicamentos recetados para personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos comprenden sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. "Extra Help" también se incluye en sus desembolsos.

Si califica automáticamente para el Programa "Extra Help", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que solicitarlo. Si usted no califica de forma automática, puede recibir "Extra Help" para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para recibir "Extra Help", llame al:

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

Si cree que califica para "Extra Help" y cree que usted está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando surte su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener pruebas de su nivel adecuado de copago o, si ya tiene esas pruebas, proporcionárnoslas.

- Comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para obtener o proporcionar las Mejores pruebas disponibles (BAE). Si corresponde, proporcione los documentos lo antes posible, dentro de lo que sea razonable.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si usted pagó en exceso el copago, lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o lo compensaremos en futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda

suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

¿Qué pasa si usted tiene "Extra Help" y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

En varios estados y en las Islas Vírgenes de los EE. UU. se ofrece ayuda para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros gastos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), "Extra Help" de Medicare paga primero.

¿Qué pasa si tiene "Extra Help" y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas con VIH/**SIDA** que son elegibles para ADAP tengan acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también se encuentran en el formulario del programa de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH (HDAP) de Massachusetts.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que se ofrece en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobar su residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y una condición de seguro insuficiente/sin seguro. Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH de Massachusetts (HDAP) al 1-617-502-1700.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados de acuerdo con sus necesidades financieras, edad, afecciones o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proveer cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Massachusetts, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Prescription Advantage.

Método	**Prescription Advantage (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Massachusetts): Información de contacto**
LLAME AL	1-800-243-4636

Método	Prescription Advantage (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Massachusetts): Información de contacto
TTY	1-877-610-0241 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Prescription Advantage PO Box 15153 Worcester, MA 01615-0153
SITIO WEB	www.mass.gov/prescription-drug-assistance

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni disminuye el costo de los medicamentos.** "Extra Help" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, ofrecen más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para conocer si esta opción de pago es la adecuada para usted.

Método	Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Método	Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: Información de contacto
	Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9405
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes; y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB, donde habrá información grabada 24 horas al día, incluso fines de semana y festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por los beneficios de salud, primas o período de inscripción del plan de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare de acuerdo con este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener cobertura de su atención médica. Hay definiciones de términos y se explican las reglas que tendrá que seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otros tipos de atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener información más detallada sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto debe pagar usted cuando recibe esta atención, consulte el cuadro de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*.

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le proporcionan. Cuando vea a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios prestados.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidados de la salud, suministros, equipos y medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se abordan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener cobertura de su atención médica por el plan

Como un plan de salud de Medicare, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe cubrir todos los servicios que contempla Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que usted reciba sea considerada médicamente necesaria.** El término "médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) de la red que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe seleccionar un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe darle una aprobación anticipada para que pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle un "referido". Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No se requieren referidos de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Hay también algunos tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted deba recibir atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red, previo referido de su PCP, por el mismo costo compartido que usted normalmente paga por un proveedor dentro de la red. Es posible que necesite una autorización previa del plan antes de recibir atención fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir una autorización para ver un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene el servicio de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para que le provea y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué es lo que hace por usted?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe escoger un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un médico, enfermera practicante o asistente médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica general. Tal como explicaremos más adelante, el PCP le brindará atención médica general o de rutina. Su PCP también coordinará referidos a otros proveedores de la red, como especialistas.

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

Por lo general, los médicos de las áreas de Medicina Interna, Medicina General, Medicina Geriátrica o Medicina Familiar actúan como PCP. Una enfermera practicante o asistente médico también pueden ser un PCP.

¿Cómo recibe atención de su PCP?

Usted generalmente verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP le proveerá la mayor parte de la atención y ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos que son especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento.

A veces es posible que necesite hablar con su PCP o recibir atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado. Si tiene una situación que no es una emergencia y necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención, puede llamar al consultorio de su PCP en cualquier momento, y habrá un médico de turno que lo podrá ayudar. Los miembros con problemas de audición o del habla con máquinas TTY pueden llamar a MassRelay al TTY 1-800-439-2370 (para inglés) o TTY 1-866-930-9252 (para español) para que los ayuden a comunicarse con el PCP fuera del horario de atención (el número que no es TTY de MassRelay es 1-800-439-0183).

¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

"Coordinar" sus servicios comprende revisar o consultar con otros proveedores del plan con respecto a su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP puede referirlo a un especialista. Cada PCP tiene ciertos especialistas del plan, a los que se denomina "círculo de referidos", que utiliza para proporcionarle atención médica. Un círculo de referidos es el equipo de especialistas con el que trabaja su PCP. Si su PCP le da un referido para un especialista, lo enviará a un especialista que esté en su círculo de referidos. No todos los médicos de Tufts Medicare Preferred se incluyen en el círculo de referidos de su PCP.

Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred, excepto en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red. Asimismo, el referido de su PCP puede tener limitaciones de tiempo. En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Puesto que el PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería enviar todos sus registros médicos al consultorio del PCP.

¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa o en obtenerla?

Ciertos medicamentos, servicios, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o de darle un referido según los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor contratado para cerciorarse de que se haya entregado esta autorización o referido.

¿Cómo elige su PCP?

Cuando vaya a decidirse por un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de proveedores*. Con la herramienta Doctor Search (Búsqueda de médicos) en nuestro sitio web, podrá obtener la información más actualizada. Una vez que haya tomado una decisión, debe llamar a Servicios para Miembros (vea el número en la contratapa de este documento). Un representante de Servicios para Miembros verificará que el PCP que usted ha elegido acepte nuevos pacientes. Si lo deben ingresar a un hospital en particular o si debe ver a un especialista del plan en particular, revise el *Directorio*

de proveedores o hable con un representante de Servicios para Miembros para asegurarse de que el PCP que haya elegido use ese hospital o haga referidos a ese especialista.

Tome en cuenta lo siguiente: Si su actual PCP es un proveedor contratado por Tufts Medicare Preferred HMO, debe verificar qué hospital usa para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO.

Aunque su PCP puede tener privilegios de admisión en algunos hospitales, puede usar un hospital en particular para miembros de Tufts Medicare Preferred HMO, y puede ser un hospital diferente del cual lo hayan referido en el pasado.

Cómo cambiar el PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan, y usted tendría que encontrar un nuevo PCP.

Si cambia su PCP, los especialistas y hospitales a los que su nuevo PCP lo refiera pueden ser diferentes de los especialistas y hospitales a los que su anterior PCP lo refirió. En otras palabras, su nuevo PCP puede tener un círculo de referidos diferente. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre los círculos de referidos.

Si está haciendo un cambio, este comenzará a regir el primer día del mes siguiente, y automáticamente recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro en la dirección de correo postal donde se reflejará este cambio.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Cuando llame, asegúrese de decir a Servicios para Miembros si está viendo a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que necesitan la autorización de su PCP (como equipo médico duradero). Servicios para Miembros lo ayudará a cerciorarse de que puede continuar con la atención especializada y otros servicios que recibe cuando cambie su PCP. También comprobarán que el PCP al que usted se quiere cambiar acepta nuevos pacientes. Si el PCP acepta nuevos pacientes, usted podrá fijar una cita con este a partir del primer día del mes siguiente. Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía que muestra el nombre de su nuevo PCP. Le sugerimos que fije una cita con su nuevo PCP y haga las gestiones correspondientes para que le transfieran sus registros a ese PCP.

Los miembros con una cuenta personal en línea pueden cambiar el PCP en nuestro sitio web y seleccionar a un nuevo PCP dentro de nuestra red. Para obtener información detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura en línea, llame a Servicios para Miembros (vea el número en la contratapa de este documento) o ingrese a www.thpmp.org/registration.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin un referido de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin tener la aprobación anticipada de su PCP:

- Atención de salud de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicoláu y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice un proveedor de la red.
- Inyecciones (o vacunas) contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las coloque un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o que no sea razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, de manera que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los preste un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de cuidado de la salud por una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de huesos, articulaciones o músculos.

¿Cuál es el papel del PCP para referir miembros a especialistas y otros proveedores?

Por lo general, los PCP proveen atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. En el caso de que haya servicios que el PCP no pueda proveer, este último ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan mediante un referido a un especialista. Es posible que tenga que agendar una cita en el consultorio del PCP antes de que se emita un referido a un especialista.

¿Para qué servicios necesitará el PCP obtener autorización previa del plan?

Ciertos medicamentos, servicios, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o de darle un referido según los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor contratado para cerciorarse de que se haya entregado esta autorización o referido.

Para obtener información sobre qué servicios necesitan autorización previa del plan, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la contratapa de este documento para conocer una lista de servicios que necesitan que su PCP u otro proveedor contratado obtenga la autorización previa del plan. Consulte el Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO para conocer qué medicamentos necesitan autorización previa.

¿Qué es un “círculo de referidos”?

Cada PCP tiene ciertos especialistas del plan, a los que se denomina “círculo de referidos”, que utiliza para proporcionarle atención médica.

Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred, excepto en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red.

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP debe darle una aprobación anticipada (como referirlo a un especialista). En algunos casos, el PCP necesitará obtener la autorización previa (aprobación previa) del plan. Los servicios que requieren autorización previa se indican en ***cursiva, negrita*** en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 y los que requieren un referido también se señalan dentro del mismo cuadro en ese capítulo. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviarle todas sus historias clínicas anteriores al consultorio.

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

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

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare establece que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar otro.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos en caso de que haya acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si otro de sus proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos en caso de que esté asignado a ese proveedor, reciba actualmente atención de él o lo haya visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red para que pueda acceder a atención continuada.
- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias con un proveedor, tiene derecho a solicitar la continuación de las terapias o del tratamiento médicamente necesario que recibe, y colaboraremos para garantizarlo.
- Le informaremos sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles y las opciones para cambiar de plan.
- Nos encargaremos de cualquier beneficio médicamente necesario cubierto fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red, cuando un beneficio o proveedor dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no se está administrando de manera correcta, tiene el derecho de presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), ante el plan, o ante ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 ¿Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red?

Para poder atenderse con un proveedor fuera de la red, su PCP o proveedor de la red debe hacer un referido. Si no puede obtener ese referido, usted o su representante autorizado también puede presentar una solicitud a Tufts Medicare Preferred para que realice una "decisión de cobertura". Es posible que se necesite una autorización de Tufts Medicare Preferred de acuerdo con el servicio que se prestará. Si usted se atiende con proveedores fuera de la red sin un referido ni una autorización, Tufts Medicare Preferred no pagará por estos servicios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En circunstancias muy limitadas, nuestro plan permitirá que nuestros miembros se atiendan con proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor con una especialidad que nuestro plan no tiene contratada actualmente. Hemos contratado los servicios de proveedores en toda nuestra área de servicio para procurar el acceso a la atención de nuestros miembros. Debe tener un referido del proveedor de la red y conseguir la autorización previa del plan antes de recibir la atención fuera de la red.

Otras circunstancias en las que nuestro plan cubrirá los servicios fuera de la red sin un referido ni una autorización previa son:

- El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a los proveedores contratados de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, usted puede recibir esta atención de un proveedor o un establecimiento fuera de la red. Sin embargo, el plan debe dar la autorización antes de que lo atienda ese proveedor. En esta situación, si el servicio es autorizado, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted, su médico o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la autorización. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica".

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y que debería hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de las funciones de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pide una ambulancia si la necesitas. *No* necesita conseguir primero una aprobación o un referido de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos cuando sea médicamente necesario. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que realizar un seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. El número de teléfono para llamar a nuestro plan está al reverso de su tarjeta de membresía.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre 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 los servicios médicos durante la emergencia.

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

Después de que haya terminado la emergencia, usted tendrá derecho a una atención de seguimiento para asegurar que su condición siga siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para una atención adicional. La atención de seguimiento tendrá cobertura de nuestro plan.

Si la atención de emergencia la brindan proveedores fuera de la red, trataremos de gestionar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría 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, en cuanto usted pensó razonablemente que su salud estaba en grave peligro, le cubriremos su atención.

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

- usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional;
- - *o bien* - la atención adicional que recibe se considera un servicio de urgencia y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Cualquier servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

¿Qué pasa si usted está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible nuevamente, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si cree que usted experimenta una situación médica urgente, imprevista y que no es una emergencia, comuníquese con su PCP inmediatamente. Si no puede hacerlo o es poco práctico que usted reciba atención con su PCP o un proveedor del plan, puede ir a cualquier proveedor o clínica que proporcione atención de urgencia, o bien, puede llamar al 911 para que lo ayuden inmediatamente.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos cuando sea médicamente necesario.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita 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 con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede 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 le facturan directamente el costo total de sus servicios?

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

Si ha pagado más que su costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*, para obtener más información sobre qué debe hacer.

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

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cubre todos los servicios médicamente necesarios según el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que recibe después de que ha agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios no se aplicará a la cantidad máxima de desembolsos.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el funcionamiento de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen pedir la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaje en él se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos

establecidos por los científicos que lo realizan. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos de este *y* entienda y acepte totalmente todo lo que implica si usted participa.

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 informa que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir 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 cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que entregan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que el plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen determinados beneficios especificados en virtud de las determinaciones de cobertura nacional (NCD) con cobertura con desarrollo de evidencia (CED), así como los estudios de exención de dispositivo de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a las reglas de autorización previa y de otro tipo.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los beneficiarios de Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se incorpore a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre los que se incluyen los siguientes:

- Habitación y comida relativa a una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.

- Tratamiento de los 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 usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio como si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. No obstante, debe presentar la documentación que demuestre el monto de los costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

> *A continuación encontrará un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:* Digamos que usted tiene un examen de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos por este examen es de $20 con Original Medicare, pero el examen costaría $10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el examen y usted pagaría un copago de $20 exigido por Original Medicare. Entonces deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación como, por ejemplo, una factura del proveedor. Entonces, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, la misma cantidad que usted pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentarnos documentación, como una factura del proveedor.

Cuando usted no forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio pruebe a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no estuviera* en un estudio.
- Los artículos o servicios que se le proveen solo para reunir datos y que no se usan en su cuidado de la salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una tomografía.
- Artículos y servicios que, por lo general, proporcionan los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante del ensayo.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica con tan solo visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-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 deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

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

Una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, entonces proporcionaremos cobertura de atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos. Este beneficio se provee solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médico).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que, por temas de conciencia, usted se opone a recibir tratamiento médico **no obligatorio**.

- Una atención o tratamiento médico **no obligatorio** es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico **obligatorio** es una atención o tratamiento médico que *no* es voluntario o que *es exigido* por la ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proveen en un centro, rigen las siguientes condiciones:
    - debe tener una afección que permita que usted reciba servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada; y

- --*y*-- debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan para que poder ingresar al centro o no se cubrirá su estadía.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican según lo descrito en el Capítulo 4, en la sección **Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados**.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo, las prótesis. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de realizar copagos por ese equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, usted generalmente no adquiere la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras es miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué pasa con los pagos que hizo por equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser dueño del equipo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos 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 él. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para adueñarse del artículo una vez que se una de nuevo 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, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx 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 reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Cómo entender los desembolsos para servicios cubiertos

Este capítulo contiene un Cuadro de beneficios médicos que indica los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos más adelante en este capítulo. También se explican los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de desembolsos que puede pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le entregamos en este capítulo, necesita conocer los tipos de desembolsos que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- **El copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **El coaseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que cumplen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos ni coaseguro. Si corresponde, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que está inscrito en el plan Medicare Advantage, hay un límite de cuánto debe desembolsar cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se llama monto de desembolso máximo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de $3,650.

Las cantidades que paga por copagos y coaseguro por servicios cubiertos dentro de la red se incluyen en este monto del desembolso máximo. Las cantidades que paga por las primas del plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no se incluyen en su monto del desembolso máximo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios

médicos. Si alcanza el monto del desembolso máximo de $3,650, no tendrá que pagar más desembolsos por el resto del año para servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar con el pago de las primas del plan y de Medicare Parte B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por la prima de la Parte B).

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

Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, una garantía importante para usted es que solo tiene que pagar su parte de los costos compartidos 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 cobra ese proveedor por un servicio y aun cuando hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así funciona esta garantía.

- Si sus costos compartidos corresponden a un copago (una cantidad establecida, como $15.00), entonces solo pagará esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos corresponden a un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor que ve:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro 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 coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores participantes (recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido o para emergencias o servicios de urgencia).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores no participantes (recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido, o en caso de emergencias, o en servicios de urgencia mientras se encuentra fuera del área de cobertura).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx y el desembolso que usted paga por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben proveerse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. El término "médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- Para los nuevos beneficiarios, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si este fue para un tratamiento que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe proporcionar la aprobación con anticipación antes de que usted pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama darle un "referido".
- Algunos de los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación anticipada (en ocasiones, se denomina "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación anticipada están marcados en ***cursiva y negrita*** en el Cuadro de beneficios médicos.

- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Por algunos de estos beneficios, usted puede pagar en nuestro plan *más* de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, puede pagar *menos.* (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2025*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además lo tratan o controlan por una afección existente durante la cita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2025, tanto Medicare como nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para beneficiarios con condiciones crónicas

- Si se le diagnostica una de las siguientes condiciones crónicas identificadas a continuación y se cumplen ciertos criterios, es posible que sea elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
  - Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
  - Diabetes
  - Demencia
  - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
  - Accidentes cerebrovasculares y afecciones relacionadas
- Para más información, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* del Cuadro de beneficios médicos que aparece a continuación.
- Comuníquese con nosotros para obtener información precisa sobre su elegibilidad para los beneficios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía oportuna de detección para personas con riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido del médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico es un dolor que: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con la cirugía; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora.	Usted paga $20 por cada visita a los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico. Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Requisitos de los proveedores: Los médicos, como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley), pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS), como se identifica en la sección 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, integral, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS tal como lo exigen nuestras regulaciones en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), secciones 410.26 y 410.27. **Beneficios adicionales de acupuntura:**	
El plan cubre los servicios de acupuntura para dolor lumbar crónico provistos por otros acupunturistas con licencia que no cumplen con los requisitos de los proveedores detallados anteriormente. La cobertura está sujeta al mismo límite de 20 visitas anuales establecido por Medicare.	Usted paga $20 por cada visita a los servicios de acupuntura provistos por un acupunturista con licencia para tratar el dolor lumbar crónico. Antes de que reciba servicios de un acupunturista con licencia, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el **subsidio para el bienestar**. Consulte la descripción del beneficio de **subsidio para el bienestar** para obtener detalles completos.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto para situaciones de emergencia como no emergencia, incluyen transporte en ala fija, ala giratoria y ambulancia terrestre hacia el centro más cercano que pueda proporcionar la atención adecuada, si trasladan a un miembro cuya condición sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si el plan los autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner el peligro la salud de la persona y que ese traslado en ambulancia es médicamente necesario. Los servicios de ambulancia están cubiertos en todo el mundo.	***Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.*** Usted paga $325 por cada viaje en un solo sentido por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. De acuerdo con las pautas de Medicare, los servicios de ambulancia de emergencia y los que no son de emergencia están cubiertos según la necesidad médica. Si su afección cumple los requisitos de cobertura, usted pagará el copago que se indicó anteriormente. Si su afección no cumple los criterios de Medicare y usa los servicios de ambulancia, entonces usted será responsable de pagar el costo total.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Si tiene preguntas sobre cobertura para servicios de ambulancia, comuníquese con Servicios para Miembros. El transporte en furgoneta de personas en silla de ruedas no está cubierto por Medicare, incluso si el servicio lo provee una empresa de ambulancias.
Transporte que no es de ambulancia Nuestro plan cubre el transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, furgoneta o sedán para personas en silla de ruedas), proporcionado por un proveedor aprobado por el plan, desde un hospital a un centro de enfermería especializada (SNF), o hasta su hogar.	Usted paga $0 por viaje en transporte que no es de ambulancia desde un hospital hasta un centro de enfermería especializada o hasta su hogar cuando el hospital que da el alta lo indica.
Examen médico anual El examen médico anual es un examen más a fondo que la visita anual de bienestar. Los servicios incluyen lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello, y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes. Con cobertura una vez cada año calendario.	Usted paga $0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede optar a la consulta anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud y los factores de riesgo actuales. Con cobertura una vez cada año calendario. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede concretarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no necesita una consulta de *Bienvenida a Medicare* para obtener la cobertura para la consulta anual de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.
Medición de la masa ósea Para personas que cumplen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación médica de los resultados.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de más de 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes clínicos de los senos y las mamografías de detección que estén cubiertos.
Servicios de rehabilitación cardíaca	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.***

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare. Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido de su PCP.
Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con el médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), revisar la presión arterial y darle consejos para garantizar una alimentación saludable.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.
Exámenes por enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.
Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicoláu están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un riesgo alto de cáncer vaginal o de cuello uterino o está en edad fértil y los resultados de un Papanicoláu realizado dentro de los últimos 3 años han sido anómalos: un Papanicoláu cada 12 meses	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el Papanicoláu y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de quiropráctico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación **Cobertura adicional proporcionada por el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx** • Evaluación quiropráctica inicial cubierta una vez por año calendario	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Usted paga $15 por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga $15 por la evaluación quiropráctica inicial. Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido de su PCP. Otras formas de atención quiropráctica no son beneficios cubiertos. Consulte el Capítulo 4, Sección 3.1 para conocer los servicios que se excluyen de la cobertura.
Exámenes de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • 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	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
elevado de cáncer colorrectal; y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de cribado o un enema opaco previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que hayan recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema opaco. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basadas en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba positiva de detección no invasiva del cáncer colorrectal basada en heces cubierta por Medicare.	los enemas de bario. Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga un copago de $0 por los servicios del médico.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, en la actualidad, Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento de la afección primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. A continuación encontrará información sobre la cobertura dental complementaria que obtiene como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.*	***Excepto en una emergencia, es posible que se necesite una autorización previa antes de recibir servicios dentales.*** Usted paga $40 por visita por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido de su PCP. Consulte **Atención hospitalaria para pacientes internados** y **Servicios o cirugía para pacientes externos** en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga cuando recibe los servicios en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria.
Tufts Medicare Preferred Dental Plan* Su plan incluye automáticamente la cobertura de servicios dentales complementarios no cubiertos por Original Medicare,	A continuación se provee información sobre costos

* Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
como los servicios dentales de diagnóstico, preventivos y básicos. Hay un máximo anual de beneficios y también se aplica un costo compartido para estos servicios dentales complementarios, los cuales se describen a continuación. El plan ***no*** cubre los servicios dentales especializados, como la cirugía bucal, la periodoncia, la endodoncia y la prostodoncia. **El plan paga hasta el máximo por año calendario de $1,000 por todos los servicios dentales complementarios cubiertos. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las reglas y a los costos compartidos del plan.** Los servicios dentales complementarios tienen cobertura ***solo*** con proveedores de la red de PPO de Dominion. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si necesita un dentista nuevo, revise el *Directorio de dentistas* que está en www.thpmp.org/dentist o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contratapa de este documento. Puede mejorar aún más su cobertura dental complementaria si se inscribe en **Tufts Medicare Preferred Dental Option** por una prima adicional. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener una descripción del beneficio dental complementario que obtiene si se inscribe en **Tufts Medicare Preferred Dental Option**. Si usted se inscribe en **Tufts Medicare Preferred Dental Option**, este reemplaza al **Tufts Medicare Preferred Dental Plan** descrito en esta sección.	compartidos de acuerdo con la clase de servicios dentales que recibe. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener información adicional importante: **Cálculos aproximados previos** para obtener información sobre cómo solicitar *cálculos aproximados previos* antes de recibir atención dental. **Limitaciones y exclusiones** para las *limitaciones y exclusiones* que se aplican a Tufts Medicare Preferred Dental Plan (sin prima adicional, como se describe en esta sección) y a Tufts Medicare Preferred Dental Option (por una prima adicional, como se describe en la Sección 2.2 de este capítulo). Nota: Si el plan determina que 1) se puede realizar un procedimiento, servicio o ciclo de tratamiento menos costoso en vez del tratamiento propuesto por su dentista; y que 2) el tratamiento alternativo menos costoso producirá

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	un resultado profesionalmente satisfactorio, entonces el máximo permitido por el plan será el cargo por la alternativa menos costosa.
Servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1 Examen bucal integral (que incluye los antecedentes dentales iniciales y mapa dental) cubierto una vez cada 36 meses. Evaluación bucal periódica cubierta dos veces al año. Radiografías intrabucales de aleta de mordida (radiografías de las coronas de los dientes) cubiertas dos veces al año cuando la condición bucal lo amerite. Profilaxis (limpieza de rutina, eliminación de sarro y pulido de dientes) cubierta dos veces al año. ***Servicios básicos de Clase 2*** Exámenes de problemas específicos para una evaluación oral de emergencia cubiertos una vez cada 12 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (serie bucal completa) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía de un solo diente cubierta según sea necesario.	Usted paga $0 por servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1. Usted paga el 50 % de coaseguro por servicios básicos de Clase 2.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Empastes plateados y empastes blancos cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente. Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses después de una terapia periodontal activa, no se combina con las limpiezas regulares. Eliminación de sarro y raspado de raíz cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante. Eliminación de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada a grave cubierta una vez cada 24 meses después de una evaluación bucal y en lugar de una profilaxis cubierta. Desbridamiento bucal total cubierto una vez de por vida. Extracciones simples cubiertas una vez por diente. Tratamiento menor de alivio del dolor cubierto solo si no realizaron servicios, excepto radiografías, en la misma fecha de servicio.	
Exámenes de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de depresión.
Exámenes de detección de la diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye análisis 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). Es posible que cubramos los exámenes si cumple	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses, a partir de la fecha de su examen más reciente de detección de diabetes.	
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluye plantillas que se proveen con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Para personas con riesgo de diabetes: Análisis de glucosa en plasma en ayunas según sea médicamente necesario. • Para servicios de cuidado del pie relacionados con la diabetes, consulte Servicios de podología en este cuadro de beneficios. Nota: Existen dos tipos de monitores continuos de glucosa	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir los monitores continuos de glucosa.*** Usted paga $0 por servicios cubiertos. Si durante la visita en la que recibe los servicios también se le trata o controla una afección médica existente, se aplicará un costo compartido adicional por la atención recibida para la afección existente. Antes de que reciba capacitación para el autocontrol de la diabetes, debe obtener un referido del PCP. La cobertura de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos OneTouch fabricados por

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
(CGM), los terapéuticos y los no terapéuticos. El plan cubre ambos en su totalidad. Los CGM no terapéuticos solo se pueden comprar a proveedores de equipos médicos participantes o al fabricante del CGM cuando se contrata directamente con el plan.	LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas ni las soluciones de control de la glucosa. Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME). No existe una marca preferida para los CGM complementarios. Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también tienen cobertura en farmacias minoristas o de pedido por correo participantes. Primero debe obtener una receta del PCP o del médico que lo trata por la diabetes para suministros cubiertos para diabéticos (incluyendo zapatos terapéuticos a medida).
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para obtener determinado***

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
(Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, suministros para diabéticos, camas de hospital para uso domiciliario indicadas por un proveedor, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno para la terapia de PAP, nebulizadores o andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en el área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. Nota: • Para obtener cobertura, el artículo o suministro debe **estar cubierto por el plan**; **ser médicamente necesario**; ser suministrado por un **proveedor de equipos médicos duraderos (DME) de la red**; y, en algunos casos, contar con una **autorización previa**. • Si necesita ayuda para determinar si los artículos o suministros están cubiertos, o si se requiere autorización previa, o si un proveedor de equipos médicos duraderos pertenece a nuestra red, llame a Servicios para Miembros.	***equipo médico duradero y suministros relacionados.*** Usted paga el 20 % de coaseguro por artículos y suministros relacionados cubiertos. La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados. Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20 % cada mes. Después de 36 meses, dejará de pagar el 20 % de coaseguro por su equipo de oxígeno, hasta que el beneficio se restablezca al cumplirse los cinco años. Una vez que se restablezca el beneficio, reanudará el pago del costo compartido correspondiente según el diseño de beneficios actual de su plan. Si antes de inscribirse en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx había hecho 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx es del 20 %. Consulte la sección **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos** de este Cuadro de beneficios médicos para conocer los detalles de la cobertura de los suministros para diabéticos.
Artículos adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred: Equipos de seguridad para el baño Los siguientes equipos de seguridad para el baño están cubiertos para los miembros que tienen un deterioro funcional y que mejorarán su seguridad con el artículo (la instalación no está cubierta): • Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años • Barras de apoyo para el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada 5 años	Usted paga el 20 % de coaseguro por equipo de seguridad para el baño cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP. La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia.	Usted paga $125 por cada visita cubierta a la sala de emergencias.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una "emergencia médica" es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para esos servicios prestados dentro de la red. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.	Si su visita a la sala de emergencias también incluye una cirugía hospitalaria ambulatoria realizada allí mismo como parte de dicha visita para evaluar o estabilizar su afección médica de emergencia, solamente se aplica su copago de $125 por atención de emergencia. Si su visita a la sala de emergencias tiene como resultado una cirugía hospitalaria ambulatoria realizada en un quirófano, en otro centro hospitalario para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio en la misma fecha del servicio, no se aplicará el copago por atención de emergencia y sí el copago por cirugía ambulatoria. Para conocer más detalles, consulte **Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria** en este cuadro. Si se le mantiene en observación después de la visita de atención de

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	emergencia, no se aplicará el copago de atención de emergencia y pagará el copago de observación. Para más información, incluido el copago aplicable, consulte **Observación hospitalaria de pacientes externos** de este cuadro. Usted no paga esta cantidad si ingresa como paciente hospitalizado en un plazo de un día por la misma afección (consulte **Atención hospitalaria para pacientes internados** en esta sección para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican). En algunos casos, es posible que deba pagar un copago adicional por los servicios prestados por ciertos proveedores en la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de paciente hospitalizado después de estabilizar la afección de emergencia, debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	por el plan y su costo corresponderá a los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Programas de educación de salud y bienestar **Subsidio para el bienestar** Nuestro plan ofrece un subsidio para el bienestar anual para ofrecerle flexibilidad y capacidad de elección mientras alcanza la salud y el bienestar y los mantiene. El objetivo es completar y complementar sus beneficios médicos. Existe un importe máximo en dólares por el que se le reembolsará cada año. Puede utilizar su subsidio para el bienestar para cubrir el costo de uno o varios de los siguientes artículos y servicios relacionados con la salud, que están aprobados por el plan: 1. Consultas de acupuntura no cubiertas por su beneficio médico (deben ser realizadas por un acupuntor con licencia). 2. Programas de educación sanitaria basados en evidencia, como los patrocinados por el proveedor, Healthy Living Center of Excellence (www.healthyliving4me.org), Arthritis Foundation® (www.arthritis.org/health-wellness) y Triple-A (www.aaa.com). Otros ejemplos concretos son los siguientes: • Programas de autocontrol para enfermedades crónicas • Programas de mejora o seguridad de los conductores • Healthy IDEAS (www.healthyideasprograms.org) • Powerful Tools for Caregivers (www.powerfultoolsforcaregivers.org) • EnhanceWellness (www.projectenhance.org/enhancewellness)	El plan le reembolsa hasta $150 por año calendario para actividades, artículos o programas elegibles. Usted paga todos los gastos que superen $150 por año calendario. El impuesto sobre las ventas no es reembolsable. Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
3. Asesoramiento nutricional no cubierto por su beneficio médico para prevenir o tratar enfermedades crónicas, lograr un peso saludable y mantenerlo, y desarrollar hábitos alimentarios saludables a largo plazo (debe ser proporcionado por un profesional de la nutrición con licencia o un nutricionista registrado). 4. Beneficio de acondicionamiento físico, que consta de tres partes: • Un monitor de acondicionamiento físico o de ritmo cardíaco por año (incluye relojes inteligentes, como el Apple Watch). • Programas de acondicionamiento cognitivo que ejercitan el cerebro para mejorar aspectos de la cognición, como la memoria, la atención, la concentración y la velocidad de procesamiento mental. Ejemplos incluyen Brain HQ y Vigorous Mind, una aplicación personalizada basada en ciencia para el mantenimiento de la salud cerebral, así como aplicaciones para dispositivos inteligentes como Elevate y Lumosity. • Programas de acondicionamiento físico, como clases de ejercicio guiadas con instructores, sesiones de entrenamiento personal y membresías en gimnasios o centros de acondicionamiento físico (Incluye estudios de acondicionamiento físico, instalaciones de piscinas abiertas durante todo el año, clubes de salud y centros comunitarios o para personas mayores. Consulte las descripciones a continuación). ✓ Gimnasio: un centro de acondicionamiento físico centrado en el entrenamiento. La membresía está orientada a recibir entrenamiento. Los gimnasios pueden ofrecer entrenamiento en grupos grandes o reducidos, sesiones cara a cara semiprivadas, o cualquier combinación de estas opciones. Los gimnasios suelen ser más pequeños que los centros	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
de acondicionamiento físico y cuentan con pocos equipos cardiovasculares. ✓ Centro de acondicionamiento físico: una instalación completa de salud o ejercicio que incluye equipos para el entrenamiento cardiovascular y de fuerza, además de servicios adicionales, como duchas, vestuarios, piscinas, clínicas y canchas. ✓ Estudio de acondicionamiento físico: más pequeño que un centro de acondicionamiento físico y especializado en una sola modalidad de ejercicio, como el Barre, el ciclismo o spinning en interiores, el CrossFit, el entrenamiento tipo boot camp, pilates, yoga, tai chi y qigong. La ventaja principal de un estudio de acondicionamiento físico es la especialización en un solo tipo de ejercicio de manera sobresaliente. ✓ Piscina abierta todo el año: un centro acuático interior o mixto que ofrece una variedad de programas acuáticos orientados al desarrollo de estilos de vida saludables. Ejemplos incluyen lecciones de natación, aeróbicos o caminata en el agua, y natación en piscina. ✓ Club de salud: un modelo de negocio que ofrece un alto valor a un costo accesible, donde se paga una tarifa general para acceder a equipos de entrenamiento cardiovascular y de fuerza, pero se aplican cargos adicionales para clases en grupo con instructor, toallas y otros servicios. ✓ Centro comunitario/para personas mayores: un espacio centralizado donde los miembros de una comunidad se reunirse para jugar, hacer ejercicio, comer y recibir educación. Un centro de personas mayores es un tipo de un centro comunitario para adultos mayores.	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
El beneficio de ejercicio físico incluye el reembolso de equipos domésticos como bandas de resistencia, pesas, bicicletas estáticas, cintas de correr o máquinas de fitness; programas en línea como Peloton; y aplicaciones para dispositivos inteligentes como Fitbit Premium para que los miembros puedan hacer ejercicio en la comodidad y seguridad de su hogar. 5. Los siguientes tratamientos alternativos: • Las consultas médicas de medicina holística que integran terapias convencionales y alternativas para prevenir y tratar enfermedades y, lo más importante, promover una salud óptima. La medicina holística abarca el análisis de elementos físicos, nutricionales, ambientales, emocionales, espirituales y de estilo de vida. Se centra en la educación del paciente y su participación en el proceso de sanación. La cobertura se limita únicamente a las visitas a médicos. • El trabajo corporal, el cual fomenta la conciencia de la "conexión entre el cuerpo y la mente", lo cual influye en el bienestar general, el equilibrio y la salud. La mayoría de las modalidades de trabajo corporal comparten objetivos como el alivio del dolor, la mejora de la función física, una mayor libertad de movimiento y una mayor conciencia corporal. Algunos ejemplos de trabajo corporal incluyen el Shiatsu, la Reflexología y el Reiki. • Las terapias mente-cuerpo, que se centran en las interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento, con el propósito de utilizar la mente para influir en la función física y promover la salud. Muchas terapias mente-cuerpo invocan la respuesta de relajación para ayudar a las personas a mantenerse saludables, reducir la gravedad o frecuencia de los síntomas, o recuperarse más rápidamente de enfermedades. Algunos ejemplos de terapias mente-	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
cuerpo incluyen la biorretroalimentación, la imaginación y los ejercicios de respiración. Solo están cubiertas las terapias realizadas por profesionales con licencia en el estado donde prestan los servicios. El beneficio también incluye el reembolso de equipo para uso domiciliario, programas en línea y aplicaciones para dispositivos inteligentes, de modo que los miembros puedan acceder a terapias alternativas en sus casas. Algunos ejemplos de equipos domésticos incluyen grabaciones en video o audio guiadas; dispositivos de automasaje, como rodillos de espuma, palos o TheraCane®; dispositivos de biorretroalimentación para uso doméstico, como RESPeRATE®; y saunas portátiles de infrarrojos. Estos ejemplos son específicos para el trabajo corporal y terapias mente-cuerpo, ya que no existen equipos domiciliarios para las visitas a practicantes de medicina holística. Los productos consumibles (es decir, comestibles) están excluidos del beneficio de terapias alternativas. 6. Masaje terapéutico: el masaje es la manipulación manual de las capas superficiales y más profundas de los músculos y los tejidos conectivos, mediante distintas técnicas, para mejorar la función, ayudar en el proceso de sanación, disminuir la actividad del reflejo muscular, inhibir la excitabilidad de las neuronas motoras y promover la relajación y el bienestar. El masaje es una forma práctica de sanación. Algunos ejemplos de masaje terapéutico incluyen el masaje sueco, el de tejidos profundos, el deportivo y el de silla. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de subsidio para el bienestar junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. La prueba de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre de su representante registrado. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario llenado con todos los	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros. **Acondicionamiento físico de SilverSneakers®** (disponible para miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx que viven exclusivamente en el condado de Worcester) SilverSneakers puede ayudarle a llevar una vida más sana y activa a través del ejercicio físico y la conexión social. Como miembro de Tufts Medicare Preferred, cuenta con un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes,[1] donde puede tomar clases,[2] utilizar equipos de ejercicio y otros servicios, sin costo adicional. Puede inscribirse en tantos lugares como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dirigen clases en línea de ejercicios en grupo especialmente diseñadas, disponibles los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros recreativos, parques y otros lugares de su vecindario. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de los videos a la carta de SilverSneakers y la aplicación móvil SilverSneakers GO. También tiene acceso a Burnalong®, con una comunidad	Usted paga $0 por este programa (se aplica a miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx que viven exclusivamente en el condado de Worcester).

[1] Los centros participantes (PL) no son propiedad ni están gestionados por Tivity Health, Inc. o sus filiales. El uso de las instalaciones y servicios de los PL está sujeto a los términos y condiciones de la membresía básica del PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL.

[2] La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según el centro.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Burnalong es una marca registrada de Burnalong, Inc.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
virtual de apoyo y miles de clases para todos los intereses y niveles de habilidad. Para los miembros que prefieren hacer ejercicio en casa, los kits SilverSneakers para el hogar son una excelente manera de comenzar a ponerse en forma. Si no está seguro de por dónde empezar, o simplemente no se siente listo para la experiencia del "gimnasio", puede comenzar a hacer ejercicio con un kit SilverSneakers para el hogar. Los miembros que elijan los kits SilverSneakers para el hogar podrán recibir uno de los siguientes kits de ejercicios: • Para caminata, el cual incluye un podómetro; • Para fuerza, el cual incluye tubos de resistencia; • Para tonificar, el cual incluye una pelota de ejercicios; o • Para yoga, el cual incluye una correa para yoga. Cada kit de ejercicios en casa incluye también una Guía de inicio rápido. Visite www.tuftsmedicarepreferred.org y busque "SilverSneakers" para más información o para comenzar. Para buscar un centro de acondicionamiento físico de SilverSneakers y clases comunitarias, los miembros pueden visitar SilverSneakers.com o llamar al **1-888-423-4632** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del este. **Siempre consulte al médico antes de iniciar un programa de ejercicios.**	
Programas de control del peso El plan cubrirá los cobros del programa de pérdida de peso como WeightWatchers o un programa de pérdida de peso en un hospital. Este beneficio no cubre costos de comidas	El plan les reembolsará a los miembros hasta un máximo de $150 por año calendario, que se incluirá en los cobros del programa

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o insumos. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de control del peso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. La prueba de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre de su representante registrado. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.	para los programas de pérdida de peso. Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente. El subsidio para los programas de control del peso y el subsidio para el bienestar son subsidios individuales.
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como paciente externo cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	
• Exámenes auditivos de diagnóstico.	Usted paga $40 por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.
• Examen auditivo de rutina todos los años calendario. Una prueba auditiva de rutina es una prueba simple de “aprobado” o “no aprobado”. El propósito es determinar si su audición es normal o no. Si ya tiene disminución auditiva conocida u otros problemas auditivos, como el zumbido de oídos, el examen se considerará un examen de diagnóstico	Usted paga $0 por un examen auditivo de rutina anual. No se necesita un referido para un examen auditivo anual de rutina, pero debe

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
y se aplicará el copago correspondiente al examen auditivo de diagnóstico.	atenderse con un proveedor del plan.
• Colocación de prótesis auditiva*	Las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva recibidas a través de **Hearing Care Solutions** cuestan $0. Si se realizan exámenes de diagnóstico, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.
• Audífonos* Nota: • **Hearing Care Solutions (HCS)** es un proveedor de prótesis auditivas dentro de la red con el que se puede comunicar al 1-866-344-7756. • El formulario de prótesis auditiva mencionado en la columna de la derecha está disponible a través de **HCS** en el número indicado anteriormente. Las prótesis auditivas que no figuren en el formulario de **HCS** no están cubiertas.	Es elegible para recibir hasta 2 prótesis auditivas cubiertas por año (1 prótesis auditiva por oído) a través de **Hearing Care Solutions**. Para estar cubiertas, las prótesis auditivas deben estar en el formulario de **Hearing Care Solutions** y deben ser adquiridas a través de **Hearing Care Solutions**. Usted paga un copago por cada prótesis auditiva cubierta, y la cantidad a la

* Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	que asciende el copago depende del tipo de prótesis auditiva comprada a través del formulario de **Hearing Care Solutions**. $250 de copago para prótesis auditivas de nivel Standard. $475 de copago para prótesis auditivas de nivel Superior. $650 de copago para prótesis auditivas de nivel Advanced. $850 de copago para prótesis auditivas de nivel Advanced Plus. $1,150 de copago para prótesis auditivas de nivel Premier.
Exámenes de detección del VIH Para personas que piden exámenes de detección del VIH o que tienen un riesgo mayor de tener VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo de detección del VIH cubierto por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica a domicilio	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.***

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Antes de recibir servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que una agencia de atención médica a domicilio los proporcione. Debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de casa es mucho esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de auxiliar de salud a domicilio y de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo (se cubrirá según el beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de auxiliar de salud a domicilio y de enfermería especializada combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Usted paga $0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido de su PCP.
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (p. ej., una bomba) y suministros (p. ej., tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, como servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Usted paga $0 por servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare. El *Directorio de farmacias* 2025 indica los proveedores de infusión a domicilio en nuestra red. Encontrará un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web, www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de esta terapia	para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una copia del *Directorio de farmacias*.
Cuidados de hospicio Es elegible para los beneficios de cuidados de hospicio cuando el médico y el director médico del centro de cuidados de hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado de ayudarlo a encontrar programas de cuidados de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos en los que la organización de Medicare Advantage (MA) es propietaria, ejerce el control o tiene un interés financiero. El médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención a domicilio Cuando ingrese en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en él, deberá seguir pagando las primas del mismo. <u>Para servicios de hospicio y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y están relacionados con el pronóstico terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de hospicio y por los	Cuando se inscribe en un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de cuidados de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con el pronóstico terminal, no Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
servicios de la Parte A y Parte B relacionados con el pronóstico terminal. Mientras está en el programa de hospicio, su proveedor de cuidados de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no están relacionados con el pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no están relacionados con el pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y de si sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare con pago por servicio (Original Medicare). Para servicios que están cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B: Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx seguirá con la cobertura de los servicios cubiertos del plan que no están cubiertos por la Parte A o Parte B o que estén o no relacionados con el pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de hospicio y nuestro plan. Para obtener más información,	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
consulte el Capítulo 5, Sección 9.4, *¿Qué pasa si usted está recibiendo cuidados de hospicio certificados por Medicare?* **Nota:** Si necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con el pronóstico terminal), debería comunicarse con nosotros para coordinar estos servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados de hospicio (una sola visita) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.	
Vacunas Los servicios de Medicare Parte B cubiertos son, entre otros: • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con inyecciones (vacunas) adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo alto o medio de contagio • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple las reglas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Para más información, consulte el Capítulo 6, Sección 7.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19 ni por ninguna otra vacuna si usted está en riesgo y las vacunas cumplen las normas de cobertura de Medicare Parte B. El costo compartido de Medicare Parte B se aplica a otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. Consulte la sección **Medicamentos recetados de Medicare Parte B** de este Cuadro de beneficios médicos para conocer los costos compartidos correspondientes.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	El costo compartido de la Parte D se aplica a vacunas, como la del herpes zóster, que están cubiertas por el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D del plan. Para evitar desembolsar el costo total de una vacuna y luego tener que solicitar el reembolso al plan, debe acudir a una farmacia de la red para las vacunas que están cubiertas por la Parte D.
Evaluación de seguridad a domicilio **Servicios adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred:** La evaluación de seguridad a domicilio se realiza cuando el PCP o el administrador de casos del miembro la recomiendan. Esta evaluación es para miembros que no califican para la evaluación de seguridad a domicilio de Original Medicare. La evaluación de seguridad a domicilio incluye la evaluación del riesgo de caída del miembro y se realiza lo siguiente: 1. Examen de levantarse y caminar 2. Revisión de medicamentos 3. Antecedentes detallados de caídas, problemas de equilibrio o incontinencia 4. Una evaluación de si el dolor o los problemas en las articulaciones pueden contribuir al riesgo de caídas 5. Un examen de detección de la audición y la vista	Usted paga $0 por una evaluación de seguridad a domicilio. No necesita un referido para este servicio, pero debe obtener la evaluación de seguridad en el hogar de un proveedor del plan.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
6. La evaluación de habitaciones comunes en el hogar (sala, cocina, cuarto y baño) para riesgos en el entorno (tapetes, cables, iluminación, pasamanos)	
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de atención aguda y de rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente hospitalizado. Para atención en un hospital de atención aguda general, está cubierto por los días que sean médicamente necesarios: no hay límite. Los períodos de beneficio de Medicare no se aplican a estadías en hospitales de atención aguda.	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga $275 por día para los días del 1 al 5 y $0 después del día 5. No se exigirá un copago aparte si durante su ingreso necesita un nivel de atención superior que requiera el traslado a otro hospital de atención aguda dentro de la red, con el propósito de proseguir su tratamiento, con o sin regreso al hospital de atención aguda de ingreso original para recibir atención adicional antes del alta. Un traslado desde otro centro, como un centro de rehabilitación aguda o de enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente y requerirá un copago independiente de $275 por día para los días del 1 al 5 y $0 después del

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	día 5 en el hospital de atención aguda.
Para atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo, está cubierto hasta por 90 días por cada período de beneficios. Puede usar sus 60 días de reserva vitalicia para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o de atención a largo plazo. La cobertura está limitada por el uso anterior, parcial o total de estos días, que solo pueden usarse una vez durante toda la vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidado intensivo o de atención coronaria) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados con trastorno por consumo de sustancias • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, pulmón	Servicios de rehabilitación aguda Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga $275 por día para los días del 1 al 5 y $0 después del día 5 por hasta 90 días en un período de beneficios para servicios recibidos cubiertos por Medicare en un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo. No se exigirá un copago aparte si durante su ingreso necesita un nivel de atención superior que requiera el traslado a otro hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo dentro de la red, con el propósito de proseguir su tratamiento, con o sin regreso al hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo de ingreso original para recibir atención adicional antes del alta. Un traslado desde otro centro, como un hospital de

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
y corazón, médula ósea, células madre e intestino o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso; el centro decidirá si es candidato para ese procedimiento. Los proveedores de trasplante pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del perímetro de atención de la comunidad, puede escoger ir a uno local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx presta servicios de trasplante en una ubicación fuera del perímetro de atención para trasplantes en su comunidad y usted escoge recibir los trasplantes en esa ubicación más lejana, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Por lo general, los trasplantes solo están cubiertos en nuestra área de servicio. • Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, el proveedor debe escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *"Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!" ("¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!").* Esta hoja informativa está disponible	atención aguda o centro de enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente y requerirá un copago independiente de $275 por día para los días del 1 al 5 y $0 después del día 5 por hasta 90 días en el hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo. Un período de beneficios comienza el primer día que va a un hospital para pacientes hospitalizados o a un establecimiento de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en algún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si tiene que ir al hospital (o a un SNF) después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener. Si obtiene atención autorizada para paciente hospitalizado en un

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
en la web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.	hospital fuera de la red después de estabilizar una afección de emergencia, su costo corresponderá a los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. Hay un límite de 190 días de por vida para servicios de trastorno por consumo de sustancias y de cuidado de la salud mental prestados en un hospital psiquiátrico independiente. El beneficio está limitado por el uso previo parcial o completo de un tratamiento de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de trastorno por consumo de sustancias y de cuidado de la salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Para servicios de trastorno por consumo de sustancias y de cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados, deberá usar el hospital dentro del círculo de referidos del proveedor de atención primaria (PCP) designado para los servicios de salud mental. Es posible que esto exija un traslado del hospital que el PCP usa para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para los servicios de salud mental.	Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga $275 por día para los días del 1 al 5 y $0 después del día 5. Usted tiene un beneficio de salud mental como paciente internado de un máximo de 190 días de por vida. Usted paga $275 por día para los días del 1 al 5 y $0 después del día 5 por cada estadía relacionada con la salud mental o el trastorno por consumo de sustancias en un hospital general. El límite de 190 días de por vida no se aplica a estadías en un hospital general de atención aguda.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Estadía de pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía de paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y servicios técnicos • Vendaje quirúrgico • Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Los aparatos prostéticos y ortopédicos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano corporal (incluye tejido adyacente) o la totalidad o parte de la función de un órgano corporal interno que no está en funcionamiento o funciona de manera deficiente, así como reemplazo o reparaciones de esos aparatos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluyen ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a fractura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Comidas poshospitalización/rehabilitación Después de una alta calificada de un hospital o de un centro de cuidados prolongados (incluidos SNF, AIR y LTACH), los miembros elegibles pueden recibir hasta 28 comidas entregadas en casa (2 comidas por día durante 14 días). No hay un límite anual para la cantidad de altas después de las cuales se pueden proporcionar comidas. Otras afecciones: • La duración de la estancia hospitalaria debe ser superior a dos días. Las altas de observación y de la sala de emergencias, independientemente de la duración de la estancia, no son elegibles para este beneficio. • El servicio de entrega de comidas debe iniciarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha del alta. • Un gerente de atención referirá a los miembros al proveedor aprobado por el plan para la entrega de comidas. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este beneficio o si desea que lo refieran a un gerente de atención, quien evaluará su elegibilidad y lo referirá al proveedor aprobado por el plan.	Pagas $0.
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) sin diálisis o después de un trasplante de hígado cuando es indicado por el médico. Cubrimos 3 horas de servicios cara a cara de orientación durante el primer año después de que recibe los servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, algún otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare. Usted paga $0 por cada sesión adicional por hora de servicios de terapia médica nutricional cara a cara.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Un médico debe recetar estos servicios y renovarlos una vez al año si el tratamiento es necesario para el año calendario siguiente. También cubrimos 3 horas adicionales de servicios de asesoramiento individual por año para las personas que hayan agotado el beneficio cubierto por Medicare descrito anteriormente. Se requiere una orden médica para estas sesiones adicionales por hora.	
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare por todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios a largo plazo en la dieta, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos y mantener una pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son, entre otros: • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infusionan mientras recibe servicios de un médico, como paciente externo en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria.	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Usted paga hasta un 20 % de coaseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Parte B. Usted paga $35 al mes por la insulina cubierta cuando se utiliza con una bomba de insulina.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con un equipo médico duradero (como un nebulizador) que fueron autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (cuyo nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que necesite evaluaciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar los costos totales. Hable con el médico sobre las evaluaciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Anticoagulantes que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está en confinamiento en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que tiene relación con la osteoporosis posmenopausia y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	Usted paga hasta un 20 % de coaseguro por los medicamentos recetados que no son para quimioterapia de Medicare Parte B. Su tasa de coaseguro real para cada trimestre puede variar según el ajuste de los reembolsos aplicables proporcionados por Medicare. Su coaseguro no superará el 20 % para todos los medicamentos recetados de Medicare Parte B que no sean insulina. Estos medicamentos recetados están cubiertos por la Parte B y no están cubiertos por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D) y, por lo tanto, no se aplican a sus desembolsos de Medicare Parte D descritos en el Capítulo 6. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Quimioterapia. • Ciertos medicamentos orales para combatir el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que vayan apareciendo nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o si se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para la ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos en el marco del sistema de pago ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
relacionada con otras enfermedades (como Procrit® o Retacrit®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). Categorías de medicamentos de la Parte B para terapia escalonada: • Enfermedades raras • Autoinmunitario • Preparados de hierro parenteral • Oncología • Oncología, apoyo • Trastornos de la retina • Inyecciones de acetónido de triamcinolona • Viscosuplementos • Toxinas botulínicas • Trastornos endocrinos El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://www.point32health.org/provider/wp-content/uploads/sites/2/2024/09/Part-B-Step-Therapy-MNG-Medicare25.pdf También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D gracias a nuestro plan.	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para que pueda bajar de peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con el médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), el cual incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides • Suministro y administración de MAT (si procede) • Asesoramiento para el trastorno por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Exámenes toxicológicos • Actividades complementarias • Evaluaciones periódicas	Usted paga $25 por encuentro como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.***
• Radiografías	Usted paga $20 por día por radiografías cubiertas por Medicare. Solo se pagará un copago por día incluso si se hacen varias radiografías. No hay copago si las radiografías se realizan y se facturan como parte de una visita al consultorio o una visita de atención de urgencia.
• Radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y suministros técnicos	Usted paga $60 por día por visitas de radioterapia cubiertas por Medicare.
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones	Usted paga el 20 % de coaseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare y $0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Análisis de laboratorio	Usted paga $0 por análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. Consulte **Exámenes de detección de cáncer colorrectal** en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga por las pruebas de detección de sangre oculta en heces como parte de un examen de detección de cáncer colorrectal.
• Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita.	Usted paga $0 por los servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.
• Servicios radiológicos de diagnóstico, como ecografía, imágenes cardíacas nucleares, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética (MRI) y TC.	Usted paga $100 por día por una ecografía cubierta por Medicare. Usted paga $250 por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías. Solo pagará un copago por día aunque se le realicen varios servicios de radiología de diagnóstico.
• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. Como, entre otros, estudios del sueño,	Usted paga $20 por día por los exámenes de diagnóstico para pacientes

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria.	externos cubiertos por Medicare. Solo se pagará un copago por día incluso si se hacen varios exámenes. No hay copago si los servicios de exámenes de diagnóstico se realizan y se facturan como parte de una visita al consultorio o una visita de atención de urgencia. Si se somete a múltiples servicios prestados por distintos proveedores, se aplicarán costos compartidos por separado según corresponda. Antes de recibir servicios de radiología de terapia o de diagnóstico, como radiografías, ecografías, PET, MRI, TC o servicios de radioterapia, primero debe obtener una orden por escrito o receta del PCP o el especialista al que lo refirió el PCP, si corresponde.
Observación hospitalaria de pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios de pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede recibir el alta.	Usted paga $270 por cada hospitalización para observación. Si recibe servicios adicionales ambulatorios mientras está

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir los criterios y ser considerados como razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proveen según la orden de un médico u otra persona autorizada por la Ley Estatal de Acreditación y los Reglamentos para Personal Hospitalario para ingresar pacientes al hospital u ordenar exámenes para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *"Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" ("¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!")* Esta hoja informativa está disponible en la web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.	bajo observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales. Usted no paga el copago de esta observación hospitalaria de pacientes externos si lo ingresan como paciente hospitalizado dentro del mismo día por la misma afección. Para más información, incluidos los copagos aplicables, consulte **Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados** en este cuadro.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.***

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cubrimos servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que recibe en un departamento para pacientes externos de un hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento de paciente hospitalizado si no se proporciona esa atención • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que puede autoadministrarse **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *"Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!).* Esta hoja informativa está disponible en la web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de	Para conocer los costos compartidos que se aplican a los **Servicios de emergencia**, consulte **Atención de emergencia** en este cuadro. Para conocer los costos compartidos que se aplican a los **Servicios de observación**, consulte **Observación hospitalaria de pacientes externos** en este cuadro. Para conocer los costos compartidos que se aplican a la **Cirugía ambulatoria**, consulte **Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de Cirugía ambulatoria** en este cuadro. Para conocer los costos compartidos que se aplican a los **Exámenes de laboratorio y de diagnóstico, a las radiografías, a los servicios de radiología y a los suministros médicos**, consulte **Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos** en este cuadro.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.	Para conocer los costos compartidos que se aplican a la **Atención de salud mental** y a la **Hospitalización parcial**, consulte **Atención de salud mental de pacientes externos** y **Servicios de hospitalización parcial** en este cuadro. Para conocer los costos compartidos que se aplican a la **Atención por la dependencia de sustancias químicas**, consulte **Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias** en este cuadro. Para conocer los costos compartidos que se aplican a los **Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo**, consulte **Medicamentos recetados de Medicare Parte B** en este cuadro. Antes de que reciba servicios hospitalarios para pacientes externos, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental de pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermera practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la atención de salud mental calificado por Medicare, según lo autorizado por las leyes estatales vigentes.	Usted paga $25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted paga $0 por citas breves en el consultorio (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en distintos entornos ambulatorios, departamentos para pacientes externos en un hospital, consultorios de terapias independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Usted paga $30 por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare. Usted paga $30 por cada visita de terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje, sin importar el entorno ambulatorio. Usted paga $0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Antes de que reciba servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje, debe obtener un referido del PCP. Usted paga $0 por visitas de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar cubiertas por Medicare. Consulte **Servicios de rehabilitación cardíaca** y **Servicios de rehabilitación pulmonar** en este Capítulo 4 para conocer los requisitos aplicables de referidos y autorización previa.
Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias La cobertura de Medicare Parte B está disponible para servicios de tratamiento que se proveen en un departamento para pacientes externos en un hospital a pacientes que, por ejemplo, han recibido el alta después de una estadía de pacientes hospitalizados para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes hospitalizados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que, por lo general, se aplican a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos.	Usted paga $25 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios cubiertos por Medicare para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias. Usted pagará $0 por servicios de hospitalización parcial si un proveedor de la red certifica que el tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ella.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debería consultar con el proveedor si será un paciente externo u hospitalizado. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un paciente externo.	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Usted paga $0 por las colonoscopias cubiertas por Medicare. Usted paga $170 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un centro quirúrgico ambulatorio. Usted paga $270 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes externos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Consulte **Exámenes de detección de cáncer colorrectal** en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga por este examen. Usted no paga ningún copago por cirugía ambulatoria si se ingresa como paciente hospitalizado al hospital por la misma afección en un plazo de un día después de un procedimiento o cirugía ambulatorios (consulte **Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados** en este cuadro para conocer los costos compartidos que se aplican en este caso). Si lo dejan hospitalizado bajo observación, aún se aplica el copago. Antes de ser atendido por un especialista, debe obtener un referido de su PCP.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo prestado como un servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la	Usted paga $0 por los servicios de hospitalización parcial o los servicios intensivos para pacientes

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o del consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización del paciente. *Los servicios intensivos para pacientes externos* son un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) provisto en un departamento hospitalario para pacientes externos, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o del consejero profesional con licencia, pero menos intenso que una hospitalización parcial.	externos si un proveedor de la red certifica que el tratamiento para pacientes internados sería necesario sin ellos.
Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • La atención médica o los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio del médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento para pacientes externos en un hospital o cualquier otro centro • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por el PCP o especialista, si el médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico • Servicios de Telehealth para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad- renal en etapa terminal	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir los servicios de monitoreo remoto de pacientes.*** Usted paga $0 por cada visita electrónica o consulta virtual cubierta con su PCP, otro proveedor primario de cuidados médicos o un especialista. Usted paga $10 por cada visita o consulta cubierta en un centro para pacientes externos con el PCP u otro proveedor de atención primaria.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
para miembros de diálisis a domicilio en un centro hospitalario de diálisis renal o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de Telehealth para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente del lugar donde usted se encuentre • Servicios de Telehealth para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente del lugar donde se encuentren • Servicios de Telehealth para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de Telehealth ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de Telehealth ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de Telehealth para las visitas de salud mental provistos por las Clínicas de Salud Rurales y los Centros de Salud Calificados Federalmente • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: ○ usted no es un paciente nuevo; **y** ○ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** ○ el chequeo no conduce a una cita en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más pronto disponible	Usted paga $40 por cada visita o consulta cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista. Usted paga el copago correspondiente al PCP o especialista por los servicios quirúrgicos prestados en el consultorio del médico. Usted paga el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria o los servicios de un médico especialista por los servicios de Telehealth cubiertos por Medicare recibidos de su PCP o un especialista, respectivamente (como se describe en la sección **Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico**). Usted paga $0 por visitas con el PCP, enfermera acreditada (RN), enfermera practicante o en una clínica anticoagulante cuando solo acude por un examen de índice internacional normalizado (INR) (visita anticoagulante).

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ usted no es un paciente nuevo; **y** ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** ○ la evaluación no conduce a una cita en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más pronto disponible • Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica por cáncer o servicios que estarían cubiertos cuando los provee un médico) • Examen médico anual (un examen más a fondo que la visita anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello, y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes). Con cobertura una vez cada año calendario • Citas de seguimiento en el consultorio después del alta del hospital, SNF, hospitalizaciones en centros comunitarios de salud mental, observación de paciente externo u hospitalización parcial	Usted paga $0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, pagará un copago de $10 por cita en el consultorio del PCP. Si recibe servicios adicionales, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales. Usted paga $0 por una visita de seguimiento después del alta del hospital, SNF, hospitalización en centros comunitarios de salud mental, observación de paciente externo u hospitalización parcial que cumple los requisitos de Medicare para las visitas de gestión de atención transicional (TCM). Usted paga $0 por una cita de cuidados paliativos en el consultorio. Antes de ser atendido por un especialista, debe obtener un referido de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Consulte **Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria** en este cuadro para conocer el copago que paga por procedimientos y servicios ambulatorios, como, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria en un hospital para pacientes externos o centros de cirugía ambulatoria.
• Servicios de Telehealth adicionales no cubiertos por Medicare, que incluyen: ○ Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales del cuidado de la salud (asistentes médicos [PA] y enfermeras practicantes [NP]) ○ Servicios de médico especialista ○ Sesiones individuales o grupales para servicios especializados de salud mental ○ Sesiones individuales o grupales para servicios de psiquiatría ○ Servicios del programa de tratamiento de opioides ○ Servicios de observación ○ Sesiones individuales o grupales de servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias	Usted paga $10 por cada visita o consulta de Telehealth cubierta en un centro para pacientes externos con el PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos. Usted paga $40 por cada visita o consulta de Telehealth cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista. Usted paga $25 por cada visita de terapia individual o grupal a través de Telehealth para los

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
○ Servicios de educación sobre enfermedades renales ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ○ Servicios de urgencia ○ Servicios de fisioterapia y patología del habla-lenguaje ○ Servicios de monitoreo remoto de pacientes • La cobertura adicional de Telehealth incluye solo consultas sincrónicas audiovisuales con su médico utilizando un software de comunicación compatible con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) • Los servicios de Telehealth adicionales están cubiertos con sus proveedores existentes desde cualquier lugar o desde cualquier proveedor con un referido para una visita de Telehealth de su PCP • Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante Telehealth. Si elige recibir uno de estos servicios a través de Telehealth, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de Telehealth	servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted paga $25 por encuentro a través de Telehealth como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare. Usted paga $270 por hospitalización por los servicios de observación de Telehealth. Si recibe servicios adicionales ambulatorios mientras está en observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales. Usted paga $25 por cada visita de terapia individual o grupal a través de Telehealth para servicios cubiertos por Medicare para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias. Usted paga $0 por los servicios educativos sobre insuficiencia renal a través de Telehealth. Usted paga $0 por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes a través de Telehealth.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Usted paga $45 por cada servicio de urgencia que reciba a través de Telehealth. Usted paga $30 por cada servicio de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje recibido a través de Telehealth. Usted paga $0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes que presta su PCP o especialista. Antes de que reciba servicios de Telehealth adicionales de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones que afectan las extremidades inferiores (como, entre otras, la diabetes)	Usted paga $40 por cada visita cubierta por Medicare. Antes de recibir servicios de podología, debe obtener un referido de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección del cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • Examen de tacto rectal • Examen del antígeno específico de la próstata (PSA)	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el examen anual del PSA.
Dispositivos prostéticos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del organismo. Incluyen, entre otras cosas, la prueba, la adaptación o la capacitación en el uso de dispositivos prostéticos y ortopédicos, como así también: bolsas y suministros para colostomía que se relacionan directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos u ortopédicos, así como su reparación o reemplazo. También incluye cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección. Nota: • Para obtener cobertura, el dispositivo o suministro debe **estar cubierto por el plan**; **ser médicamente necesario**; ser suministrado por **un proveedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red** del círculo	***Excepto en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa antes de obtener dispositivos protésicos y suministros relacionados.*** Usted paga el 20 % de coaseguro cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP. La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
de referidos del PCP; y, en algunos casos, contar con una **autorización previa**. • Si necesita ayuda para determinar si los artículos o suministros están cubiertos, o si se requiere autorización previa, o si un proveedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) pertenece a nuestra red, llame a Servicios para Miembros.	
Artículos adicionales cubiertos por el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de obtener artículos cubiertos adicionales.***
Las medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas están cubiertas para miembros con edema periférico de las extremidades inferiores, insuficiencia venosa sin úlceras por estasis, linfedema, varicositis sintomática, síndrome postrombótico (síndrome posflebítico) o hipotensión postural o para prevenir la reaparición de úlceras por estasis que han cicatrizado. Medias de compresión gradiente: hasta 2 pares cada 6 meses O medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses. Mangas para mastectomía para miembros con diagnóstico de linfedema posterior a una mastectomía: hasta 2 mangas cada 6 meses. **Nota:** Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx seguirá con la cobertura de las medias de compresión gradiente de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare para insuficiencia venosa con úlceras por estasis.	Usted paga el 20 % de coaseguro cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP. La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Insumos médicos Son artículos u otros materiales médicamente necesarios que se usan una vez y se desechan o, de alguna forma, se agotan. Incluyen, entre otros, los siguientes: catéteres, gasa, insumos para vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril e insumos para traqueotomía.	Usted paga el 20 % de coaseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare y $0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y un referido para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP.
Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos un examen de detección para reducir el consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso, pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado es positivo para el consumo excesivo de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona al año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o profesional de la salud en un entorno de atención primaria.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas entre los 50 y los 77 años que no tienen señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 cajetillas al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una orientación de exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisiones en conjunto que cumplen los criterios de Medicare para esas consultas, que fueron realizadas por un médico o profesional de la salud calificado, distinto a un médico. *Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección con LDCT inicial:* Los miembros deben recibir una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede realizarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional de la salud calificado que no es médico. Si un médico o profesional de la salud calificado que no es médico decide proporcionar una orientación sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para tomar decisiones en conjunto para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para esas consultas.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un riesgo mayor de STI cuando los exámenes los ordena un proveedor primario de cuidados médicos. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad individual, en persona, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos que tienen un riesgo mayor de sufrir una STI. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las provee un proveedor primario de cuidados médicos y se realizan en un entorno de atención primaria, como en el consultorio del médico.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección de STI y orientación para prevenirlas cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades del riñón Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar la manera de cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que fueron referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (que incluyen tratamientos de diálisis cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente)	Usted paga el 20 % de coaseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare dentro del área de servicio cuando lo ordene su PCP. No hay coaseguro por servicios de educación de enfermedad renal. No se necesita un referido para los servicios de diálisis.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es hospitalizado para atención especial) • Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis tienen cobertura conforme a su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos recetados de Medicare Parte B**.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se les denomina SNF). Usted está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería especializada	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Por cada ingreso, pagará $20 por día para los días del 1 al 20 de un período de beneficios, $160 por día para los días del 21 al 44 de un período de beneficios y $0 por día para los días del 45 al 100 de un período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día que va a un hospital para pacientes hospitalizados

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se presentan de forma natural en el organismo, como factores anticoagulantes). • Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que por lo general los proporcionan en un SNF • Análisis de laboratorio que por lo general se realizan en un SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que por lo general se realizan en un SNF • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que por lo general se proveen en un SNF • Servicios médicos Por lo general, recibirá la atención de SNF en un centro de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar costos compartidos dentro de la red por un establecimiento que no es un proveedor de la red si el establecimiento acepta la cantidad de pago de nuestro plan. • Una casa de reposo o comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que recibe el alta del hospital	o a un establecimiento de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en algún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si tiene que ir al hospital (o a un SNF) después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Dejar de fumar o de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Si consume tabaco y tiene un diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos que se aplican. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. El asesoramiento telefónico para dejar de fumar también está disponible a través del Programa de Prevención y para Dejar de Fumar de Massachusetts (MTCP). MTCP es un servicio gratis basado en evidencia para dejar de fumar desarrollado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Si está preparado para dejar de fumar o está pensando en hacerlo, pregunte a su médico sobre el Programa de Prevención y para Dejar de Fumar de Massachusetts (MTCP), visite www.mass.gov/take-the-first-step-toward-a-nicotine-free-life o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). Consulte el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI) El programa de gestión de la atención de Tufts Medicare Preferred incluye los beneficios adicionales que se describen a	Usted paga $0 por el transporte cubierto que no

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
continuación para miembros con condiciones crónicas que califiquen, según corresponda: • **Transporte que no sea de emergencia con servicios de viaje compartido o van con un proveedor aprobado por el plan u otros lugares aprobados por el plan.** • **Oxímetro de pulso suministrado por un proveedor de DME aprobado por el plan.** Las enfermedades crónicas cubiertas son las siguientes: • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) • Diabetes • Demencia • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • Accidentes cerebrovasculares y afecciones relacionadas Las enfermedades crónicas suelen ser afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección fue diagnosticada por un profesional médico con licencia, incluyendo el médico de atención primaria, la enfermera practicante y proveedores similares. Para ser elegible, un miembro debe ser diagnosticado con una o más de las condiciones crónicas mencionadas anteriormente **y** también debe participar en el programa de gestión de la atención de Tufts Medicare Preferred. Para acceder a estos beneficios, los gerentes de atención trabajarán con los miembros elegibles para evaluar sus necesidades y, si es necesario, referirlos al proveedor aprobado por el plan que corresponda para que reciban los beneficios elegibles adecuados.	sea de emergencia, sujeto a los siguientes límites: • 3 viajes de ida y vuelta a la semana (156 viajes de ida y vuelta al año) para miembros con ESRD. • 12 viajes de ida y vuelta al año para miembros que no fueron diagnosticados con ESRD ni con ninguna otra de las condiciones crónicas cubiertas. • Máximo de 75 millas por cada viaje de ida y vuelta. Usted paga un coaseguro del 20 % por el oxímetro de pulso cubierto. La cobertura se limita a un oxímetro de pulso al año por miembro, según determine el gerente de atención.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Si tiene preguntas sobre este beneficio o si le gustaría obtener más información sobre la participación en el programa de gestión de la atención de Tufts Medicare Preferred, llame a Servicios para Miembros.	
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La terapia de ejercicios supervisada (SET) está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y un referido por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, que comprenda un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación; • realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico; • proporcionarlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD; • proporcionarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera practicante/especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados tanto en técnicas básicas como avanzadas de apoyo de la vida.	***Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.*** Usted paga $0 por los servicios de terapia de ejercicios supervisada cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un adicional de 36 sesiones durante un período extendido si un proveedor de cuidado de la salud estima que es médicamente necesaria.	
Servicios de urgencia Cualquier servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de urgencia.	Usted paga $45 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. **No** puede evadir el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado en el mismo día por la misma afección. Consulte la sección **Atención de emergencia** en este cuadro de beneficios médicos para conocer los costos compartidos que se aplican a una visita de atención de urgencia en una sala de emergencias.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, como tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto	Usted paga $40 por cada visita para pacientes externos cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección del ojo.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Nota: • Los servicios para el diagnóstico y tratamiento de cataratas se consideran diagnósticos y se aplicará el copago indicado en esta sección. • Consulte la información adicional a continuación para conocer la cobertura de los exámenes oftalmológicos de rutina.	Antes de que lo atienda un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP. No se necesita un referido para que lo atienda un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Para personas con un alto riesgo de desarrollar glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma al año. Los siguientes grupos son de alto riesgo: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más	Usted paga $0 por un examen anual de detección de glaucoma si tiene riesgo alto. Si recibe estos servicios como parte de una visita en el consultorio que trata una afección, pagará un copago de $40 por visita en el consultorio del especialista.
• Para personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez al año	Usted paga $15 si la prueba de detección se recibe como parte de un examen anual de rutina. Usted paga $40 si la prueba de detección se realiza como parte de un servicio que aborda otras condiciones médicas.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Antes de que lo atienda un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP. No se necesita un referido para que lo atienda un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular. Lentes correctivos y marcos (y reemplazos) necesarios después de una extracción de cataratas sin implante de lente (ahumados, revestimiento antirreflejo, lentes con protección UV o lentes grandes están cubiertos solo cuando el médico tratante lo considera médicamente necesario). Nota: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar después de la colocación inicial como se indica a continuación: • Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y tendrán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista completo. • El miembro debe completar el seguimiento durante los 45 días calendario posteriores a la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor.	Usted paga $0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se obtienen de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Puede usar la asignación para anteojos en EyeMed para adquirir características adicionales (es decir, monturas o lentes fuera de lo estándar) para sus anteojos cubiertos por Medicare. Cuando se acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	No se requiere un referido para este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un par de anteojos terapéuticos (con receta) estándar por año calendario (incluye un par de monturas estándar y lentes monofocales, bifocales o trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Nota: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar después de la colocación inicial como se indica a continuación: • Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y tendrán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista completo. • El miembro debe completar el seguimiento durante los 45 días calendario posteriores a la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor.	Usted paga $0 por un par de anteojos estándar con marcos estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Puede usar la asignación para anteojos en EyeMed para adquirir características adicionales (es decir, monturas o lentes fuera de lo estándar) para sus anteojos terapéuticos. Cuando se acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes. No se requiere un referido para este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un examen oftalmológico de rutina cada año calendario	Usted paga $15 por un examen oftalmológico anual de rutina. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita en el consultorio,

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	pagará un copago de $40 por visita en el consultorio del especialista. Las refracciones oculares no están cubiertas si se facturan por separado del examen oftalmológico de rutina. Las refracciones no están cubiertas, excepto cuando se incluyen y facturan como parte del examen ocular de rutina. No se requiere un referido para el examen oftalmológico de rutina anual, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Anteojos estándar (lentes recetados, armazones o una combinación de ambos) o lentes de contacto por año calendario, incluyendo características adicionales. Este beneficio no puede combinarse con los beneficios de anteojos o lentes de contacto estándar descritos en las viñetas cuarta y quinta anteriores.	Para tener acceso al beneficio anual de anteojos, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor.
La asignación anual se puede usar para adquirir características adicionales para anteojos terapéuticos o cubiertos por Medicare, o para anteojos correctivos o de rutina. Para comunicarse con EyeMed Vision Care en caso de que tenga preguntas sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863.	Si escoge un proveedor participante de EyeMed Vision Care, tendrá un beneficio de $150 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar cualquier saldo restante. El proveedor de

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	EyeMed Vision Care procesará la reclamación. Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Recibiría un reembolso de hasta $90 por año calendario. Debe presentar una reclamación ante EyeMed Vision Care para recibir el reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación. Se excluyen artículos en oferta, y este beneficio no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón ni código promocional de la tienda. Si el costo de los lentes excede el límite del beneficio, usted es responsable de todos los cargos adicionales. El proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan por atención rutinaria de la vista puede ser distinto al proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan para tratar las condiciones

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	descritas en las cinco primeras viñetas. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los beneficios de la vista.
Visita preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenida a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluye ciertos exámenes de prevención e inyecciones [o vacunas]) y referidos a otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenida a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses después de tener Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar la consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	No debe pagar ningún coaseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*.
Pelucas Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para miembro junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. La prueba de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre de su representante registrado. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.	El plan cubre hasta $500 por año calendario. Para tener acceso al beneficio de pelucas, puede comprar la peluca en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante, tendrá un beneficio de $500 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar cualquier saldo restante.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Además, tiene acceso a tarifas con descuento si prefiere a un proveedor participante. Puede encontrar proveedores participantes en el *Directorio de proveedores*. Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación. Si el costo de la peluca excede el límite del beneficio ($500), usted es responsable de todos los cargos adicionales. No se requiere un referido para este beneficio.

Sección 2.2 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede adquirir

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

Tufts Medicare Preferred Dental Option es un paquete de beneficios complementarios opcionales. Esta cobertura dental no está cubierta por Original Medicare y no se incluye en su paquete de beneficios como miembro del plan. Si quiere estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse y pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones como cualquier otro beneficio. Este beneficio complementario es administrado por Dominion National y está disponible para los miembros que se han inscrito en los planes de Tufts Medicare Preferred HMO.

Si tiene preguntas adicionales sobre el plan Tufts Medicare Preferred Dental Option, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la contratapa de este documento.

¿Cómo funciona Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Tufts Medicare Preferred Dental Option provee los beneficios solo para servicios prestados por un dentista que participa en la red de PPO de Dominion. Cualquier monto que deba pagar al dentista de la red se explica en el Cuadro de beneficios de Tufts Medicare Preferred Dental Option a continuación. No se cubrirán los servicios prestados por proveedores no participantes.

Necesita mostrar su tarjeta de identificación de miembro del plan dental cuando acuda a la cita dental. El dentista de la red de PPO de Dominion presentará la reclamación directamente con Dominion después de prestar los servicios. Dominion hará los pagos directamente al dentista de la red de PPO de Dominion.

Comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contratapa de este documento si tiene alguna pregunta sobre reclamaciones dentales.

¿Cómo escoger un dentista de la red de PPO de Dominion?

Un dentista de la red es un dentista con licencia que ha firmado un contrato con Dominion para prestar servicios a las personas cubiertas. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si necesita un dentista nuevo, revise el *Directorio de dentistas* que está en www.thpmp.org/dentist o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contratapa de este documento.

Servicios dentales cubiertos de Tufts Medicare Preferred Dental Option

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas en esta sección. Los servicios dentales descritos en esta sección son servicios dentales cubiertos cuando los provee un proveedor participante de la red de PPO de Dominion. No se necesita una autorización previa con este plan.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	**Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios**
Tufts Medicare Preferred Dental Option*	
Tufts Medicare Preferred Dental Option es un beneficio complementario opcional en el que debe inscribirse y pagar una prima adicional. Con este plan, obtiene servicios preventivos, como radiografías, limpiezas y controles de rutina. También tiene cobertura para servicios dentales de restauración mayores y menores sin período de espera. **El plan paga hasta el máximo por año calendario de $1,000 por todos los servicios dentales complementarios cubiertos. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las reglas y a los costos compartidos del plan.** Los servicios dentales complementarios tienen cobertura ***únicamente*** con proveedores de la red de PPO de Dominion. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si necesita un dentista nuevo, revise el *Directorio de dentistas* que está en www.thpmp.org/dentist o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contratapa de este documento. El plan Tufts Medicare Preferred Dental Option ***mejora*** su cobertura dental con una reducción de los costos compartidos de los servicios básicos de clase 2 y la adición de cobertura de servicios especializados de clase 3. Si se inscribe en el plan	Usted pagará una prima mensual adicional de $37.00. A continuación se provee información sobre costos compartidos de acuerdo con la clase de servicios dentales que recibe. Consulte las siguientes secciones a continuación para obtener más información importante: **Cálculos aproximados previos** para obtener información sobre cómo solicitar *cálculos aproximados previos* antes de recibir atención dental. **Limitaciones y exclusiones** para las *limitaciones y exclusiones* que se aplican

* Los costos compartidos para estos artículos o servicios no se incluyen en el monto del desembolso máximo anual.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	**Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios**
Tufts Medicare Preferred Dental Option, la cobertura dental que se describe en la Sección 2.1, *Cuadro de beneficios médicos,* Tufts Medicare Preferred Dental Plan, **no se aplica a usted**.	a Tufts Medicare Preferred Dental Plan (sin prima adicional, como se describe en la Sección 2.1 de este capítulo) y a Tufts Medicare Preferred Dental Option (por una prima adicional, como se describe en esta sección).
Servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1	
Examen bucal integral (que incluye los antecedentes dentales iniciales y mapa dental) cubierto una vez cada 36 meses. Evaluación bucal periódica cubierta dos veces al año. Radiografías intrabucales de aleta de mordida (radiografías de las coronas de los dientes) cubiertas dos veces al año cuando la condición bucal lo amerite. Profilaxis (limpieza de rutina, eliminación de sarro y pulido de dientes) cubierta dos veces al año.	Usted paga $0 por servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1
Servicios básicos de Clase 2	
Exámenes de problemas específicos para una evaluación oral de emergencia cubiertos una vez cada 12 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía intrabucal de toda la boca (serie bucal completa) cubierta una vez cada 60 meses. Radiografía de un solo diente cubierta según sea necesario.	Usted paga el 20 % de coaseguro por servicios básicos de Clase 2

Beneficio complementario opcional: **Tufts Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios**
Empastes plateados y empastes blancos cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente. Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses después de una terapia periodontal activa, no se combina con las limpiezas regulares. Eliminación de sarro y raspado de raíz cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante. Eliminación de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada a grave cubierta una vez cada 24 meses después de una evaluación bucal y en lugar de una profilaxis cubierta. Desbridamiento bucal total cubierto una vez de por vida. Extracciones simples cubiertas una vez por diente. Tratamiento menor de alivio del dolor cubierto solo si no realizaron servicios, excepto radiografías, en la misma fecha de servicio. ***<u>Servicios especializados de Clase 3</u>*** Restauraciones de protección cubiertas una vez por diente. **Cirugía bucal** Extracciones quirúrgicas cubiertas una vez por diente. **Periodoncia** Cirugía periodontal: Un procedimiento quirúrgico cubierto de por vida; gingivectomía o gingivoplastia y cirugía ósea cubiertas según sea necesario.	Usted paga el 50 % de coaseguro por servicios especializados de Clase 3

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	**Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios**
Injertos de hueso y regeneración guiada de tejidos cubiertos una vez de por vida. **Endodoncia** Tratamiento de conductos cubierto una vez por diente, de por vida. Apicectomía cubierta según sea necesario. Repetición de tratamiento de conductos cubierta una vez por diente, de por vida, al menos 24 meses después del tratamiento de conductos inicial. **Mantenimiento de prótesis** Reparación de puente o dentadura postiza cubierta una vez cada 24 meses por puente o dentadura postiza. Acondicionamiento de tejidos cubierto con un tratamiento por dentadura postiza cada 84 meses. Añadidura de dientes a una dentadura postiza total o parcial cubierta una vez por diente y por dentadura postiza cada 24 meses. El rebasado o recapado de dentaduras postizas está cubierto una vez por dentadura postiza cada 24 meses.	

Beneficio complementario opcional: **Tufts Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios**
Servicios especializados de Clase 3 (continuación) **Servicios complementarios (prestados en conjunto con el tratamiento principal)** La anestesia local y la inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis se proveen junto con la cirugía bucal o periodontal cubierta y son parte integral del tratamiento principal. **Prostodoncia** Las dentaduras postizas completas o parciales están cubiertas una por arco en 84 meses. Puentes fijos cubiertos una vez cada 84 meses. **Nota:** Un puente fijo posterior y una dentadura postiza extraíble no están cubiertos en el mismo arco dentro de 84 meses; si una dentadura postiza en el mismo arco se cubrió al igual que el puente fijo dentro de 84 meses, no habrá beneficio para el puente fijo. Dentaduras postizas parciales temporales cubiertas una vez cada 84 meses (para reemplazar cualquiera de los seis dientes frontales superiores o inferiores, pero solo si la dentadura postiza parcial temporal se instala inmediatamente después de la pérdida de dientes durante el período de recuperación).	Usted paga el 50 % de coaseguro por servicios especializados de Clase 3

Beneficio complementario opcional: **Tufts Medicare Preferred Dental Option**	**Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios**
Servicios especializados de Clase 3 (continuación) **Servicios mayores de restauración (los dientes deben tener un buen pronóstico)** La colocación inicial de coronas e incrustaciones está cubierta una vez dentro de un período de 84 meses por diente, cuando los dientes no se pueden restaurar con empastes regulares debido a fractura o caries. El servicio de coronas soportadas por implantes no está cubierto. El cambio de cemento de coronas e incrustaciones está cubierto una vez por diente cada 12 meses. Los empastes están cubiertos una vez por diente cada 84 meses. El reemplazo posterior, central o de corona, cuando se necesita para retener una corona en un diente con rotura excesiva debido a caries o fracturas, está cubierto una vez por diente cada 84 meses.	Usted paga el 50 % de coaseguro por servicios especializados de Clase 3

¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

- En el momento de la inscripción inicial en un plan Tufts Medicare Preferred HMO (para beneficiarios recientemente elegibles)
- Dentro del primer mes de la inscripción inicial en el plan Tufts Medicare Preferred HMO (la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente)
- Durante el período de elección anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) a partir de la fecha de inicio establecida para el 1 de enero del año siguiente
- Del 1 al 31 de enero para una fecha de entrada en vigor el 1 de febrero
- En el momento de la inscripción en un plan Tufts Medicare Preferred HMO durante un período de elección especial

- Dentro del primer mes de su inscripción en un plan Tufts Medicare Preferred HMO durante un período de elección especial (la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente)

¿Cómo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Si usted es nuevo en este plan de Tufts Medicare Preferred, debería llenar la solicitud de inscripción cuando se inscriba en la cobertura médica y escoger Tufts Medicare Preferred Dental Option por una prima mensual adicional (los montos de las primas se indican en la tabla al principio de esta sección).

Si está inscrito o es un miembro actual de Tufts Medicare Preferred HMO, deberá llenar un Formulario de inscripción de Tufts Medicare Preferred Dental Option para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option por una prima mensual adicional. Puede inscribirse por correo o si llama a Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (TTY: 711) o en nuestro sitio web www.thpmp.org.

Debe pagar la prima dental de la misma forma que paga la prima médica. Consulte el Capítulo 1, Sección 5.1 de esta *Evidencia de Cobertura*, *Hay distintas formas de pagar la prima del plan*, para obtener más información sobre las opciones de pago.

¿Cómo puede cancelar la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Puede cancelar voluntariamente la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option en cualquier momento durante el año con notificación previa, de una de estas tres maneras:

- puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento);
- puede enviar por correo o por fax el formulario de cancelación de la inscripción disponible en el sitio web; -*O*-
- puede enviar por correo o por fax una carta firmada en donde solicita la cancelación de la inscripción. La carta debe indicar claramente que desea cancelar la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option e incluir su nombre en letra de imprenta y el número de identificación de miembro de Tufts Medicare Preferred.

Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo cancelar la inscripción con estas opciones. La cancelación de la inscripción entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción de su llamada telefónica solicitando la cancelación o cuando llenó y firmó la solicitud de cancelación de la inscripción. **La cancelación de la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option no afecta la inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO.**

Si cancela la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option, no puede volver a inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option hasta el siguiente período de elección de beneficios complementarios opcionales.

Los períodos de elección de beneficios complementarios opcionales se indicaron antes en esta sección, en **¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?**

Si cancela la inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, se cancelará automáticamente la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option.

No se cobrará ninguna prima adicional del plan Tufts Medicare Preferred Dental Option después de la cancelación de la inscripción en el beneficio complementario opcional. Si pagó meses adicionales, recibirá un reembolso.

La prima de Tufts Medicare Preferred Dental Option vence el 15 de cada mes. Esta es la misma fecha en que vence la prima de la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO (si corresponde) o la multa por inscripción tardía en la Parte D. Todos los pagos de prima se aplican primero a la cobertura médica y el saldo restante se aplicará a Tufts Medicare Preferred Dental Option. Si no paga la prima mensual de Tufts Medicare Preferred Dental Option, pero paga lo suficiente para cubrir la prima mensual del plan Tufts Medicare Preferred HMO, perderá los beneficios complementarios opcionales que se incluyen en Tufts Medicare Preferred Dental Option, pero permanecerá inscrito en el plan Tufts Medicare Preferred HMO. Se le notificará por escrito si Tufts Medicare Preferred Dental Option se elimina de su cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO.

Si no paga la prima total del plan Tufts Medicare Preferred HMO, es posible que esté en riesgo de que se cancele su inscripción. Consulte la Sección 5.1 en el Capítulo 10 de esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información adicional sobre el no pago de las primas del plan. Si le cancelan la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option, no puede volver a inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option hasta el siguiente período de elección anual o si califica para un período de elección especial, y será responsable de pagar cualquier saldo pendiente.

Cálculos aproximados previos al tratamiento

Si el cargo por el tratamiento dental va a superar los trescientos dólares ($300), se recomienda que el dentista presente una copia del plan de tratamiento a Dominion ANTES de que comience el tratamiento. Un plan de tratamiento es una descripción detallada de los procedimientos que el dentista tiene planificado realizar e incluye un cálculo aproximado de los cargos por cada servicio. Se revisará el cálculo aproximado previo al tratamiento y se le enviará (a usted o al proveedor) un informe de cálculos aproximados previos al tratamiento que detalla los beneficios que el plan cubrirá, junto con la responsabilidad aproximada y el posible pago al consultorio dental. El cálculo aproximado previo al tratamiento se basa en la elegibilidad y en los beneficios disponibles en el momento del procesamiento. No es necesario presentar un cálculo aproximado previo al tratamiento para recibir atención.

Un cálculo aproximado previo al tratamiento no es una garantía de pago. La reclamación por servicios prestados se basará en la elegibilidad y en los beneficios disponibles en el momento en que se envían para su pago y en otros procedimientos realizados, en especial en la misma área, cuadrante, diente, que podrían afectar la decisión o el pago de la reclamación actual.

Limitaciones y exclusiones:

El pago está sujeto a los beneficios del plan (por ejemplo, máximo por año calendario), las limitaciones y las exclusiones en el momento de presentar la reclamación.

Si un método de tratamiento es más costoso que el proporcionado habitualmente, los beneficios se pagarán según el método de tratamiento menos costoso y usted será responsable del saldo restante.

La cobertura está limitada a aquellos servicios que se indican en el Cuadro de beneficios de Tufts Medicare Preferred Dental Option. Si un servicio no aparece en la lista, no está cubierto.

Los servicios que no están cubiertos son, entre otros:

- El plan no cubre los servicios y tratamientos que no figuran en la Evidencia de Cobertura. Si un miembro recibe un servicio no cubierto, será responsable del pago completo del servicio no cubierto.
- Los gastos dentales incurridos en relación con algún procedimiento dental iniciado antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura están excluidos. No se cubre el reemplazo de un diente que se perdió antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación para el trabajador o de responsabilidad del empleador.
- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según lo determinado por el plan.
- Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
- Cirugía bucal que requiere la compostura de fracturas y dislocaciones.
- Servicios relacionados con tumores malignos, quistes o neoplasias, prognatismo hereditario, congénito o mandibular o malformaciones del desarrollo cuando esos servicios no deberían prestarse en un consultorio dental.
- Entrega de medicamentos.
- Hospitalización por algún procedimiento dental.
- Tratamiento necesario para afecciones que son resultado de una catástrofe importante, epidemia, guerra, actos de guerra, ya sean declarados o no declarados, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o de guerra o actos de guerra, ya sean declarados o no declarados.

- Reemplazo de dentadura postiza, puentes, empastes, recubrimientos o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal.
- Diagnóstico o tratamiento del trastorno temporomandibular (TMD) o discordia oclusal.
- Cirugía electiva, como, por ejemplo, extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluidos terceros molares.
- Implantes y servicios relacionados, como extracción de implantes, reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; aditamentos de precisión o semiprecisión; duplicado de dentaduras postizas; inmovilización periodontal de los dientes.
- Servicios por aumento de la dimensión vertical, reemplazo de estructura dental perdida por atrición y corrección de malformaciones del desarrollo o afecciones congénitas.
- Procedimientos que, según la opinión del plan, son de naturaleza experimental o de investigación, porque no cumplen los estándares profesionalmente reconocidos de práctica dental o no tienen prueba de ser eficaces para el diagnóstico o el tratamiento de la afección del miembro.
- Tratamiento de paladar hendido, tumores malignos o neoplasias.
- Cualquier servicio o suministro prestado para reemplazar un diente perdido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Esta exclusión vence después de 36 meses de cobertura continua del miembro según este plan.

Tufts Medicare Preferred Dental Option es patrocinado por Dominion.

El plan Tufts Medicare Preferred Dental Option lo administra Dominion Dental Services, Inc., que funciona bajo la marca Dominion National.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se indica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

El cuadro a continuación indica los servicios y los suministros que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagar por ellos, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, estos servicios no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por

ellos. La única excepción sería si el servicio se apela y tras la apelación se decide 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 hayamos 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 circunstancia**	**Cubierto solo bajo circunstancias específicas**
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. • Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el subsidio para el bienestar. Consulte la descripción del beneficio de subsidio para el bienestar para obtener detalles completos.
Cirugía o procedimientos estéticos.		• Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro corporal con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de relevo. El cuidado de relevo es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria (bañarse o vestirse, por ejemplo).	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	**Cubierto solo bajo circunstancias específicas**
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		• Pueden estar cubiertos por Original Medicare de acuerdo con un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Reservas de cama para atención extendida.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Se cobra una tarifa por el cuidado proporcionado por parientes directos o miembros de su grupo familiar.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Comidas con entrega a domicilio.		• Se cubre hasta 2 comidas por día durante 14 días después del alta. Para más información, consulte **Comidas poshospitalización/ rehabilitación** en la Sección 2.1 de este Cuadro de beneficios médicos para más detalles.
Servicios de auxiliar de salud a domicilio sin otros servicios de especialidad en el lugar.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Servicios de atención médica a domicilio, como auxiliar de salud a domicilio o enfermería especializada constante por más de 2 horas por vez.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Atención dental que no es de rutina.		• Atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para paciente hospitalizado o externo. • Tufts Medicare Preferred Dental Plan puede cubrir servicios adicionales o si el miembro decide adquirir Tufts Medicare Preferred Dental Option.
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies.		• Los zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para una persona con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Habitación privada en un hospital.		• Cubierta solo cuando sea médicamente necesaria.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta sin receta.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Atención quiropráctica de rutina.		• La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. • Evaluación inicial cubierta una vez por año calendario.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		• Tufts Medicare Preferred Dental Plan puede cubrir servicios adicionales o si el miembro decide adquirir Tufts Medicare Preferred Dental Option.
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para defectos de visión.		• El examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas, pero se excluyen los revestimientos resistentes a rayas, revestimientos con efecto espejo, lentes polarizados, características lujosas y lentes progresivos. • El examen oftalmológico de rutina está cubierto una vez por año calendario. • Anteojos estándar (lentes recetados, monturas, una combinación de lentes y monturas) o lentes de contacto, incluyendo características adicionales, cubiertos cada año calendario, con un subsidio máximo de $150 si los adquiere en un proveedor de EyeMed Vision Care o de $90 si los adquiere en un proveedor no participante.
Cuidado de rutina de los pies		• Alguna cobertura limitada que se provee de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	**Cubierto solo bajo circunstancias específicas**
Exámenes auditivos de rutina, prótesis auditivas o exámenes para ajuste de prótesis auditivas.		• El examen auditivo de rutina está cubierto una vez por año calendario. • La evaluación y el ajuste de prótesis auditivas están cubiertos si se realizan en un proveedor de Hearing Care Solutions. • La cobertura incluye hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído, solo en proveedores de Hearing Care Solutions.
Servicios que se consideran no razonables ni necesarios, de acuerdo con Original Medicare.	**No cubierto bajo ninguna circunstancia**	
Transporte, excepto en ambulancia, según se describe en la Sección 2.1 de este capítulo. Si decide usar una ambulancia cuando se trata de un servicio que no está cubierto por Medicare, usted será responsable del costo total. El transporte en furgoneta de personas en silla de ruedas no está cubierto, incluso si el servicio lo provee una empresa de ambulancias.		• Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, furgoneta o sedán para personas en silla de ruedas), proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un centro de enfermería especializada (SNF), o hasta su hogar. • Los miembros con ciertas condiciones crónicas reciben transporte adicional no de emergencia a citas y otros lugares aprobados por el plan (por ejemplo, servicios de transporte compartido y vans) con el proveedor autorizado por el plan. Consulte **Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos** en la Sección 2.1 de este Cuadro de beneficios médicos para más detalles.

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas de uso de su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos relacionados con la condición de hospicio.

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

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

- Debe tener un proveedor (un médico, un dentista u otro prescriptor) que le emita una receta, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su prescriptor no debe aparecer en las listas de exclusión o prevención de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede surtir su receta con el servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (llamada “Lista de medicamentos” para fines prácticos). (Consulte la Sección 3 de este capítulo)
- El medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera autorización antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido 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 las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red corresponde a una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" hace referencia a 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 buscar una farmacia de la red en su área?

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.thpmp.org) o llamar a Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red proveen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo sus desembolsos podrían variar para medicamentos diferentes.

¿Qué pasa si la farmacia que estaba usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.thpmp.org.

¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión a domicilio si sucede lo siguiente:
  - su medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o se autorizó una excepción del formulario para su medicamento recetado;
  - su medicamento recetado no tiene otra cobertura según los beneficios médicos de nuestro plan;
  - nuestro plan ha aprobado su receta para la terapia de infusión a domicilio; y
  - Su receta fue emitida por un prescriptor autorizado.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas o Programa de Salud Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. Para buscar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos mediante pedido por correo son medicamentos que toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige solicitar ***como mínimo*** **un suministro para 30 días del medicamento y** ***como máximo un suministro para*** **90 días**.

Para recibir información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web www.thpmp.org o llame a Servicios para Miembros.

Habitualmente se le entregará su pedido de farmacia por correo antes de 15 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede sufrir retrasos. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios para Miembros en el horario de atención y le permitiremos surtir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para saber si quiere surtir el medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que lo llamen de la farmacia para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Cómo resurtir recetas de pedidos por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su siguiente pedido lo envíen a tiempo.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, es probable que sea elegible para un reembolso.

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

Cuando usted recibe un suministro a largo plazo de medicamentos, sus costos compartidos pueden ser más bajos. El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento que están en la Lista de medicamentos del plan (los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costos compartidos preferidos) a un monto menor de costos compartidos. Su *Directorio de farmacias*, disponible en www.thpmp.org, indica qué farmacias en nuestra red pueden entregarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos 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 podrá surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Es posible

que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, indicamos las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

Emergencias médicas

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionadas con una emergencia médica o una atención de urgencia. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en vez de solo el copago) cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en físico para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Cuando viaja o está lejos del área de servicio del plan

Si toma un medicamento recetado de manera regular y se va de viaje, asegúrese de revisar su suministro de ese medicamento antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir anticipadamente sus medicamentos recetados a través del servicio de farmacia de pedido por correo de nuestra red o de una farmacia minorista de la red.

Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted cumple todas las otras reglas de cobertura identificadas en este documento y no hay una farmacia de la red disponible. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en vez de solo el copago) cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en físico para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área hacia donde está viajando. Nuestra red de farmacias está distribuida en todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, Servicios para Miembros puede hacer las gestiones para que usted pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red.

Otras ocasiones en que puede tener cobertura para su receta si va a una farmacia fuera de la red

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

- Si usted no puede recibir un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay farmacias de la red a una distancia razonable en auto que proporcione servicio las 24 horas.

- Si usted trata de surtir un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red que sea elegible (estos incluyen los medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos de especialidad).
- Envíe un formulario de reclamación para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

En estas situaciones, **consulte primero a Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este documento). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar el reembolso al plan?

Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo solicitar un pago al plan).

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos "Lista de medicamentos" para fines prácticos.**

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

Los medicamentos de esta lista son solo los que se cubren conforme a Medicare Parte D.

Generalmente, cubriremos un medicamento que figure en la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento se use según una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada corresponde al uso de un medicamento *que cumpla lo siguiente*:

- está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se está recetando; o

- está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a los medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman "biosimilares". Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y generalmente cuestan menos. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de medicamentos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Hay 6 niveles de costos compartidos para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la lista se ubican en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos (genéricos preferidos): incluye medicamentos genéricos de uso habitual y de bajo costo. (Este es el nivel más bajo).
- Nivel 2 de costos compartidos (genéricos): incluye la mayoría de los medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costos compartidos (de marca preferida): incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el nivel 4 de costos compartidos. Usted paga como máximo $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos): incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un nivel de costos compartidos inferior. Usted paga como máximo $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 de costos compartidos (nivel de especialidad): incluye algunos de los medicamentos genéricos y de marca que alcanzan o superan el umbral de costos definido por los CMS de $950 por mes. (este es el nivel más alto de costos compartidos).
- Nivel 6 de costos compartidos (nivel de vacunas): incluye todas las vacunas genéricas y de marca cubiertas. (Este es el nivel más alto). Por las vacunas cubiertas en las farmacias participantes para $0.

Para conocer en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga en cada nivel de costos compartidos se indica en el Capítulo 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D.*

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

Tiene 4 maneras de averiguarlo:

1. Revisar la Lista de medicamentos más reciente que entregamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org). La Lista de medicamentos que está en el sitio web siempre se mantiene actualizada.
3. Llamar a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista
4. Utilice la Real-Time Benefit Tool (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) del plan (https://www.tuftsmedicarepreferred.org/2025-drug-search o llamando a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si existen medicamentos alternativos en la lista que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para incentivarlos a usted y a su proveedor para que usen los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para incentivarlos a usted y a su proveedor para que usen esa opción de menor costo.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que adoptar medidas adicionales para que cubramos ese medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted y su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que nosotros lo eximamos de la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos acceder o no a eximirlo de la restricción (consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización anticipada del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir su medicamento. Esto se denomina **“autorización previa”**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar sobre el uso

adecuado de determinados fármacos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener la cobertura del plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo incentiva a tratar con medicamentos menos costosos, pero con una eficacia equivalente, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede exigir 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 primero se llama **"terapia escalonada"**.

Cantidad límite

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

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

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

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ningún tipo de cobertura. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más elevados de lo que usted pensaba que serían.

- Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que lo estuviera. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más elevado de lo que pensaba que sería, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.**

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, estas son las opciones:

- Puede recibir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones al medicamento.

Puede recibir un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo de consultar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **108 días** de su membresía en el plan**.**
- **Si estaba en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 108 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red (tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 108 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menor si su receta está indicada para menos días. Esto es una adición al suministro temporal indicado anteriormente.

- Como miembro actual, si está en un centro de LTC y si experimenta un cambio imprevisto de su medicamento debido a un cambio en el nivel de atención, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal único del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto según la revisión de la necesidad médica siguiendo el proceso estándar de excepción descrito anteriormente. El "primer surtido" temporal será, por lo general, un suministro de hasta 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y a su médico para administrar las complejidades de múltiples medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Llame al departamento de Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred para solicitar una renovación temporal de la receta.

  Tome en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los "medicamentos de la Parte D" y que se compran en una farmacia de la red. Nuestra política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no es de la Parte D ni un medicamento fuera de la red, a menos que califique para un acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

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

1) Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente que cubra el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. 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 a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aun cuando no esté en la Lista de medicamentos del plan. También puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y un medicamento que usted está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el próximo año, le informaremos sobre cualquier

cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de su prescriptor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que ha fijado Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite de manera oportuna y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree que es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree que es demasiado alto, coménteselo a su proveedor. Posiblemente haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. 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 costos compartidos del medicamento de manera que usted pague menos por ese medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que ha fijado Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite de manera oportuna y justa.

Los medicamentos en nuestro *nivel 5 de costos compartidos* no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos los costos compartidos de los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede 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 a comienzos de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar 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 biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos mencionados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realicen cambios en la Lista de medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web acerca de esos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que usted está tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que le afectan durante este año del plan.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**

- Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la lista, lo movamos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o bien le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista que fueron retirados del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afectan los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, basados en advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o bien le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en los medicamentos que está tomando, hable con el médico sobre las opciones que funcionen mejor para usted, incluyendo cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o el médico pueden solicitarnos una excepción para que se mantenga la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no están descritos 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.

Por lo general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son:

- Movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Ponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Retiramos medicamentos de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios sucede en un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Tendrá que 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 le afecte durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se indica qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos con cobertura de conformidad a nuestra cobertura mejorada de medicamentos). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.)

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del

Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. Un uso *no indicado* corresponde a cualquier uso diferente al especificado en la etiqueta de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

(Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por la que es posible que deba pagar una prima adicional. A continuación, encontrará más información).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos usados para promover la fertilidad.
- Medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Los medicamentos para pacientes externos para los cuales el fabricante busca exigir que se compren pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente al fabricante como una condición de venta.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura mejorada de medicamentos) que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Algunos de estos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad; por ejemplo, el tadalafilo de 20 mg tiene un límite de cantidad de 4 cada 28 días. La cantidad que paga por estos medicamentos no se toma en cuenta en su calificación para el período de cobertura catastrófica. (En el período de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6 de este documento).

Además, si **recibe "Extra Help" de Medicare** para pagar por sus recetas, el programa "Extra Help" no pagará por los medicamentos que no están cubiertos normalmente. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros para obtener más información. Los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos 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 su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione información de su membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de su membresía en el plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que escoja. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted necesitará pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando vaya a surtir su receta.

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

Si no lleva con usted la información de su membresía en el plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o bien puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta cuando la vaya a recoger.** (Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso).

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

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

Si lo ingresan a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados mientras los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (LTC), como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es un residente de un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este use, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de farmacias*, disponible en www.thpmp.org, para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que este usa forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera regular sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de cuidados 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 el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si también recibe cobertura de medicamentos de un plan de su empleador o grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o la de su cónyuge o pareja de hecho) o un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si usted está actualmente empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Esto significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debería enviarle una notificación que le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que la cobertura de medicamentos que se espera pagar, en promedio, sea al menos equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde esta notificación sobre la cobertura acreditable porque podría necesitarla después. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió la notificación sobre cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan del empleador o de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted está recibiendo cuidados de hospicio certificados por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en servicios de cuidados de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos antináuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por estos servicios, ya que no se relacionan con una enfermedad terminal y afecciones asociadas, el prescriptor o su proveedor de cuidados de hospicio deben notificar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrirlos. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados de hospicio o al prescriptor que hagan la notificación antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados de hospicio o le den el alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta médica.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrar los medicamentos

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

Realizamos revisiones de cómo nuestros miembros usan los medicamentos para poder asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, identificamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento para tratar la misma afección

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

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

Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que recibe de varios prescriptores o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente por opioides, es posible que hablemos con los prescriptores para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con los prescriptores, si decidimos que el uso de medicamentos opioides recetados puede no ser seguro en su caso, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides en determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides con determinados prescriptores
- Limitación de la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos en su caso

Si tenemos planeado limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En ella se le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si será necesario que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un prescriptor o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que debamos conocer. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su prescriptor tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos,

automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. En el Capítulo 9 encontrará información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, si recibe cuidados de hospicio, paliativos o para enfermos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama Administración de Terapias de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un que superan un monto específico de 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 la salud revisará de manera cabal todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un informe escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una Lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre cómo eliminar de forma segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la Lista de medicamentos. Lleve el informe con usted a su consulta o en cualquier momento en que converse con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. 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 ese programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **puede que parte de la información que se incluye en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda**. Le enviamos un encarte aparte, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben pagos de "Extra Help" para medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional sobre subsidio por bajos ingresos* o *cláusula adicional de LIS*), en el cual se ofrece más información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificarlo, usaremos "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 de la Parte D, algunos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, tendrá que conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Sección 1 a la 4, se explican estas reglas. Cuando usa la herramienta Real-Time Benefit Tool del plan para verificar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo mostrado se proporciona en tiempo real, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento específico para ofrecer una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada por la Real-Time Benefit Tool llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de desembolsos que puede pagar por medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de desembolsos para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama **"costo compartido"** y es posible que le pidan que pague de una de tres maneras.

- **El deducible** es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **El coaseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus desembolsos

Medicare tiene reglas sobre lo que se considera y lo que *no* se considera como sus desembolsos. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus desembolsos.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Cuando suma sus desembolsos, puede incluir los pagos indicados a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y 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 la siguiente etapa de pago de medicamentos:
  - Período de cobertura inicial
- Todo pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si estos pagos los realiza **usted**, se incluyen en sus desembolsos.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus desembolsos si se realizan en su nombre por **determinadas personas u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos que realice un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de Asistencia de Medicamentos para el Sida, un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, o el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Extra Help” de Medicare.

Pasar al Período de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que paguen en su nombre) haya gastado un total de $2,000 en desembolsos dentro del año calendario, pasará del Período de cobertura inicial al Período de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus desembolsos.

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

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumpla con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que hace por medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que hace por medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos que realiza la Administración de Salud para Veteranos (VA).
- pagos por sus medicamentos que hace un tercero con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, compensación del trabajador).
- Pagos que hacen los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de Descuentos del Fabricante.

Recuerde: Si cualquier otra organización como las indicadas anteriormente paga parte o todos sus desembolsos por medicamentos, tiene la obligación de informarle a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede llevar un registro de su total de desembolsos?

- **Lo ayudaremos.** El informe de Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus desembolsos. Cuando este monto alcance los $2,000, este informe le avisará que dejó el Período de cobertura inicial y pasó al Período de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en qué período de pago de medicamentos se encuentra usted cuando lo obtiene

Sección 2.1 ¿Cuáles son los períodos de pago de medicamentos para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx?

Hay tres **períodos de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados con Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. El monto que pague dependerá del período en el que se encuentre cuando le surtan o resurtan una receta. Encontrará detalles sobre cada período desde la Sección 4 a la 6 de este capítulo. Los períodos son:

Período 1: Período de deducible anual

Período 2: Período de cobertura inicial

Período 3: Período de cobertura catastrófica

SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué período 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 hecho cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle cuando pase de un período de pago de medicamentos al siguiente. En particular, llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su **"desembolso"**. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto bajo la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado para sus medicamentos a través del programa "Extra Help" de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, programas de Asistencia de Medicamentos para el Sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).

- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Si recibió una o varias recetas surtidas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe ofrece información de pago detallada sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina "información de año a la fecha". Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, e información sobre los incrementos en el precio desde el primer suministro para cada reclamación 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 reclamación de receta que pueda estar disponible, si corresponde.

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

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que hace por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. De la siguiente manera nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos permite asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que en ocasiones pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar el registro de sus desembolsos. Para ayudarnos a llevar un registro de sus desembolsos, entréguenos copias de sus recibos. A continuación, encontrará ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando haga un copago por medicamentos que proporciona un programa de ayuda a pacientes de un fabricante de medicamentos.

- En cualquier momento que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en momentos en los que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto debido a circunstancias especiales.
- Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertos terceros y organizaciones también cuentan como desembolsos. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa estatal de asistencia farmacéutica, programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones de beneficencia se consideran dentro de sus desembolsos. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba su *EOB de la Parte D*, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información o tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

No hay deducible para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Usted comienza en el Período de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en el Período de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante el período de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de su medicamento y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta

Durante el Período de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de venta con receta cubiertos y usted paga su parte (su cantidad de copago o coaseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del lugar donde surte su receta.

El plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos en la lista se ubican en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el número del nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos (genéricos preferidos): incluye medicamentos genéricos de uso habitual y de bajo costo y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), vitaminas y minerales, y productos para la tos y el resfriado. (Este es el nivel más bajo).
- Nivel 2 de costos compartidos (genéricos): incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), vitaminas y minerales, y productos para la tos o el resfriado.
- Nivel 3 de costos compartidos (de marca preferida): incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el nivel 4 de costos compartidos. Usted paga como máximo $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos): incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un nivel de costos compartidos inferior. Usted paga como máximo $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 de costos compartidos (nivel de especialidad): incluye algunos de los medicamentos genéricos y de marca que alcanzan o superan el umbral de costos definido por los CMS de $950 por mes. (Este es el nivel más alto de costos compartidos).
- Nivel 6 de costos compartidos (nivel de vacunas): incluye todas las vacunas genéricas y de marca cubiertas. (Este es el nivel más alto). Por las vacunas cubiertas en las farmacias participantes para $0.

Para conocer en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende del lugar donde obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido 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 farmacias* del plan, disponible en www.thpmp.org.

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

Durante el Período de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coaseguro.

Como se muestra en la tabla a continuación, la cantidad del copago o coaseguro depende del nivel de costos compartidos.

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidos (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC)** (suministro hasta para 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos de uso habitual y de bajo costo y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales, y productos para la tos y el resfriado).	Solo en el condado de Worcester $6	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $6
	Todos los demás condados $14	Todos los demás condados $0	Todos los demás condados $0	Todos los demás condados $0	Todos los demás condados $14

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidos (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC)** (suministro hasta para 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos: incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales, y productos para la tos o el resfriado).	Solo en el condado de Worcester $11	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $11
	Todos los demás condados $19	Todos los demás condados $4	Todos los demás condados $4	Todos los demás condados $4	Todos los demás condados $19
Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferida: incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el nivel 4 de costos compartidos)	Solo en el condado de Worcester 23 %	Solo en el condado de Worcester 23 %	Solo en el condado de Worcester 23 %	Solo en el condado de Worcester 23 %	Solo en el condado de Worcester 23 %
	Todos los demás condados 23 %	Todos los demás condados 23 %	Todos los demás condados 23 %	Todos los demás condados 23 %	Todos los demás condados 23 %
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos: incluye	Solo en el condado de Worcester 50 %	Solo en el condado de Worcester 50 %	Solo en el condado de Worcester 50 %	Solo en el condado de Worcester 50 %	Solo en el condado de Worcester 50 %

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidos (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC)** (suministro hasta para 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un nivel de costos compartidos inferior).	Todos los demás condados 50 %	Todos los demás condados 50 %	Todos los demás condados 50 %	Todos los demás condados 50 %	Todos los demás condados 50 %
Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de especialidad: incluye algunos de los medicamentos genéricos y de marca que alcanzan o superan el umbral de costos definido por los CMS de $950 por mes).	Solo en el condado de Worcester 33 %	Solo en el condado de Worcester 33 %	Solo en el condado de Worcester 33 %	Solo en el condado de Worcester 33 %	Solo en el condado de Worcester 33 %
	Todos los demás condados 33 %	Todos los demás condados 33 %	Todos los demás condados 33 %	Todos los demás condados 33 %	Todos los demás condados 33 %
Nivel 6 de costos compartidos (Nivel de vacunas)	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el nivel 6	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0
	Todos los demás condados $0	Todos los demás condados $0	Todos los demás condados El pedido por correo no está	Todos los demás condados $0	Todos los demás codados $0

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidos (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC)** (suministro hasta para 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
			disponible para los medicamentos en el nivel 6		

[1] No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Normalmente, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo. Puede que haya veces que usted o su médico deseen un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para distintas recetas.

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

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se calcula en función del costo total del medicamento, su costo será menor porque el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga

por día por el medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días.

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

- En ocasiones, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidas (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos de uso habitual y de bajo costo y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales, y productos para la tos y el resfriado).	Solo en el condado de Worcester $18	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0
	Todos los demás condados $42	Todos los demás condados $0	Todos los demás condados $0

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidas (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 90 días)
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos: incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales, y productos para la tos o el resfriado).	Solo en el condado de Worcester $33	Solo en el condado de Worcester $0	Solo en el condado de Worcester $0
	Todos los demás condados $57	Todos los demás condados $12	Todos los demás condados $8
Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferida: incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el nivel 4 de costos compartidos).	Solo en el condado de Worcester 23 %	Solo en el condado de Worcester 23 %	Solo en el condado de Worcester 23 %
	Todos los demás condados 23 %	Todos los demás condados 23 %	Todos los demás condados 23 %
Nivel 4 de costos compartidos	Solo en el condado de Worcester 50 %	Solo en el condado de Worcester 50 %	Solo en el condado de Worcester 50 %

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidas (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 90 días)
(Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un nivel de costos compartidos inferior).			
	Todos los demás condados 50 %	Todos los demás condados 50 %	Todos los demás condados 50 %
Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de especialidad: incluye algunos de los medicamentos genéricos y de marca que alcanzan o superan el umbral de costos definido por los CMS de $950 por mes).	Solo en el condado de Worcester El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 5.	Solo en el condado de Worcester El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 5.	Solo en el condado de Worcester El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 5.
	Todos los demás condados El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 5.	Todos los demás condados El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 5.	Todos los demás condados El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 5.
Nivel 6 de costos compartidos (Nivel de vacunas).	Solo en el condado de Worcester El suministro a largo plazo no está disponible para los	Solo en el condado de Worcester El suministro a largo plazo no está disponible para los	Solo en el condado de Worcester El suministro a largo plazo no está disponible para los

Nivel[1]	**Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos de farmacia minorista preferidas (dentro de la red)** (suministro hasta para 90 días)	**Costos compartidos del pedido por correo** (suministro hasta para 90 días)
	medicamentos en el nivel 6.	medicamentos en el nivel 6.	medicamentos en el nivel 6.
	Todos los demás condados El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 6.	Todos los demás condados El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 6.	Todos los demás condados El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el nivel 6.

[1] No pagará más de $70 por hasta un suministro para dos meses o $105 por hasta un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido

Sección 5.5 Permanecerá en el Período de cobertura inicial hasta que su desembolso anual alcance los $2,000

Permanecerá en el Período de cobertura inicial hasta que su desembolso total alcance los $2,000 Luego pasará al Período de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos de estos medicamentos no se incluirán en el desembolso total.

El informe de EOB de la Parte D que usted recibe lo ayudará a mantener un registro de la cantidad que usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso de $2,000 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará el Período de cobertura inicial y pasará al Período de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus desembolsos.

SECCIÓN 6 Durante el período de cobertura catastrófica, no paga nada para sus medicamentos cubiertos por la Parte D

Usted pasa al Período de cobertura catastrófica cuando su desembolso haya alcanzado el límite de $2,000 en el año calendario. Una vez que esté en el Período de cobertura catastrófica, permanecerá en este período de pago hasta el final del año calendario.

- Durante este período de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran como 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 sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de las vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **ponerle la vacuna**. (A esto se lo suele llamar “administración de la vacuna”).

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

1. **Si el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna puede ser administrada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.
3. **Quién le pone la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y del **período de pago de medicamentos** en el que se encuentre.

- Algunas veces, cuando se vacune, tendrá que pagar todo el costo que incluye tanto la vacuna como la administración de esta hecha por el proveedor. Puede solicitar a nuestro plan que le pague por nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando se vacune, pagará solo su parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para las demás vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago por la vacuna, lo cual incluye el costo de la administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando se vacune, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el de la administración por parte del proveedor.
- Después puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos los copagos por la vacuna (lo que incluye la administración),

y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Extra Help", le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico para la administración.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna.
- Para las demás vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le coloque la vacuna, es posible que pague todo el costo por este servicio.
- Después puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos los coaseguros por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Extra Help", le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

A veces, cuando recibe una atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo esperado de acuerdo con las reglas de cobertura del plan o puede que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le pague (a este pago se le suele llamar "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le pague cuando haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede ocurrir que reciba una factura de un proveedor por el costo total de una atención médica que haya recibido o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en este documento. Primero intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

A continuación, hay algunas situaciones en las que es posible que tenga que solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted accidentalmente paga todo el monto al momento de recibir la atención, solicítenos que le paguemos por nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor que solicita el pago de algo que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
    - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, se la pagaremos directamente.
    - Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio, determinaremos la cantidad adeudada y le pagaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturarle directamente al plan y a usted solo deberían pedirle su parte del costo. Sin embargo, algunas veces comenten errores y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar su cantidad de costos compartidos cuando obtenga servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca pagará más que la cantidad de costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra ese proveedor por un servicio y aun cuando hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y solicítenos pagarle la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad adeudada según el plan.

3. Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan

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

Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan y usted paga desembolsos por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos por nuestra parte de los costos. Tendrá que enviarnos el papeleo (como recibos y facturas) para encargarnos del 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 la reclamación directamente. Cuando eso pase, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver la descripción de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos para una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva con usted su tarjeta de membresía en el plan

Si no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita en ese momento, puede que tenga que pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos del plan o puede tener un requisito o restricción que no conocía o que pensaba que no le correspondía. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder pagarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le paguemos 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 recomendable sacarles copias a la factura y los recibos para tenerlas en su registro.

Para asegurarse de que le estamos dando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.thpmp.org) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

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

Tufts Medicare Preferred
Claims Department
P.O. Box 518
Canton, MA 02021-1166

Solicitudes de pago de recetas de la Parte D:

OptumRx Claims Department
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Solicitudes de pago de EyeMed:

First American Administrators
Attn: OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto es la cantidad adeudada

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos alguna información adicional. De no ser así, analizaremos 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, le pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el total que pagó (por ejemplo, si adquirió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en que pagó por el medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no le estamos enviando el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

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

Si cree que cometimos un error por rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa que nos está pidiendo cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. Este proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los 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 particularidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proveer la información en una forma que le resulte conveniente y sea compatible con sus particularidades culturales (en idiomas diferentes del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

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

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, con letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y apropiado. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

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

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, para ver a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame y presente una queja formal ante nuestro coordinador de Derechos Civiles (puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 11, Sección 5). También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles a través del 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a nuestros servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) en la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujeres (como un ginecólogo) sin un referido.

Le proporcionaremos cobertura si está recibiendo tratamiento activo mediante autorización previa. La cobertura incluirá, como mínimo: a) la aprobación de una solicitud de autorización previa para el tratamiento, que debe ser válida durante todo el tiempo que sea médicamente necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico individual y la recomendación del proveedor tratante; y b) un período de transición mínimo de 90 días para cualquier tratamiento activo cuando se inscriba en el plan después de haber comenzado un tratamiento, incluso si al servicio lo proporciona por un proveedor fuera de la red. Esto incluye a los miembros nuevos del plan. No debemos interrumpir ni requerir una nueva autorización para un tratamiento activo de los miembros nuevos durante un período de al menos 90 días.

Tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener recetas surtidas o resurtidas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperar demasiado.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, consulte el Capítulo 9, el cual le indica 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 historias clínicas y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud de acuerdo con lo dispuesto por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información de salud. Le enviaremos una notificación por escrito, llamada **"Notificación de las políticas de privacidad"**, que le 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 nadie sin autorización vea o cambie sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando atención ni pagando por su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Hay algunas excepciones en las que no es obligatorio que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.
    - Debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
    - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos entregarle su información de salud a Medicare, lo que incluye información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará según los estatutos y normativas federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

Puede ver esta información en sus registros y saber cómo se comparte con otros

Tiene derecho a ver su historia clínica que tiene el plan y obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o que hagamos correcciones en su historia clínica. Si nos solicita esto, lo veremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se comparte su información de salud con otros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Sección 1.4 Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, tiene derecho a que le entreguemos varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, póngase en contacto con Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre su 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 de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama "apelación".

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

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar una decisión con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, a continuación le detallamos sus derechos:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le indiquen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por el plan. Esto también incluye que le informen sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen todos los riesgos involucrados con su atención. Le deben informar con anticipación si alguna de las atenciones o tratamientos médicos propuestos son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir que "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o cualquier otro centro médico,

incluso si su médico aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre lo que se hará si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Algunas veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones por sí mismas sobre atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que pase si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomarlas por usted mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si es que se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones con anticipación en estas situaciones se llaman **"directivas anticipadas"**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas con distintos nombres. Los documentos llamados **"testamento en vida"** y **"poder legal para el cuidado de la salud"** son ejemplos de directivas anticipadas. También puede usar un **"Poder de atención médica".** Un Poder de atención médica es un documento que se usa para designar a una persona de confianza, llamada apoderado de atención médica, para tomar decisiones de atención médica en nombre de usted si está incapacitado para hacerlo. Una vez que lo llene, un Poder de atención médica es un documento legal según lo indica la ley de Massachusetts.

Si quiere usar una directiva anticipada para dejar instrucciones, a continuación le explicamos cómo:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitarle un formulario de directiva anticipada a su abogado o a un trabajador social o puede obtenerlo en algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede conseguir formularios de directiva anticipada en organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entrégueles copias a las personas correspondientes.** Debería entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra 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 con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo llevó al lugar.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, es su decisión si quiere llenar una directiva anticipada (incluso si quiere firmar una estando ya en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminarlo por firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar un reclamo a Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts) llamando al 1-888-319-8452 (TTY: 711).

Sección 1.6 Tiene derecho a hacer reclamos y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento, el cual le indica lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, hacer una apelación o hacer un reclamo), **debemos tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos?

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

Si cree que lo trataron injustamente o no se respetaron sus derechos por raza, discapacidad, religión, sexo, salud, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen étnico, 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 a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que lo trataron injustamente o no se respetaron sus derechos, *pero* esto *no* es por discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

- O bien, **puede llamar 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 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. (TTY l 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que debe hacer como miembro del plan se indica a continuación. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.

- **Asegúrese de conocer los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía en el plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores, proporcióneles información, haga preguntas y haga seguimiento de su atención.**

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acordó con sus médicos.
- Asegúrese de que sus médicos sepan sobre los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna duda, 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 manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe pagar las primas del plan.
  - Debe seguir pagando una prima de Medicare Parte B para mantenerse como miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe este servicio o medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe hacerlo para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, debe seguir pagándola directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se va a mudar, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, necesita usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, necesita usar el **proceso para hacer reclamos,** también llamados quejas.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué hay sobre los términos legales?

Hay términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son poco conocidos 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. Por ejemplo, este capítulo generalmente usa el término “hacer un reclamo” en vez de “presentar una queja formal”; “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”; y “organización de revisión independiente” en vez de “entidad de revisión independiente”.
- También se usan abreviaturas, aunque la idea es hacerlo lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces muy importante) para usted conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también

desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos debería usar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, entregarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratis. Encontrará números de teléfono y las URL de los 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), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre la cobertura de atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B), la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe en la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo, **Cómo hacer un reclamo sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluyendo el pago). Para simplificarlo, solemos nos referirnos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos recetados de Medicare Parte B con el término **"atención médica"**. Utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones cuando tiene problemas tales como si un servicio está cubierto o no y la manera en que el servicio está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico fuera de la red, este referido se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* indique claramente que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. 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 si se niega a proveer atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud para una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomaremos una decisión de cobertura para usted siempre que decidamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que una atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión inicial.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se conoce como apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas correctamente. Le comunicaremos nuestra decisión cuando hayamos concluido la revisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos una notificación para explicar por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2, llevada a cabo por una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de atención médica de nivel 2, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- En la Sección 6 de este capítulo encontrará más información sobre las apelaciones de la Parte D.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede avanzar a niveles adicionales de apelación. (En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo conseguir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación

Aquí encontrará recursos si opta por solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratis** de su Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos de Massachusetts.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si el médico lo ayuda con una apelación más allá del nivel 2, tendrá que designarlo como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante*. (este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.thpmp.org).
  - 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 representación. Si su apelación es rechazada en el nivel 1, automáticamente será enviada al nivel 2.
  - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro prescriptor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, el médico u otro prescriptor pueden solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
  - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante*. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, www.thpmp.org). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o concluir nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explique su derecho a pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados cercano u otros servicios de referidos. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratis si cumple los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles sobre su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, ofrecemos los detalles de cada una en secciones separadas:

- **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 solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto (*Aplica únicamente a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. 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 informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le paguemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se presentan sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento, *Cuadro 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 estos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y que cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea ofrecerle y que usted cree que está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le comunicamos que no pagaremos esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para cierta atención médica que ha obtenido y que aprobamos anteriormente se reducirá o cancelará y usted cree que reducir o cancelar esta atención podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se cancelará es para los servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como una **"determinación de la organización"**. Una decisión rápida de cobertura se llama **"determinación acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Por lo general, se toma una decisión estándar de cobertura en un plazo de 14 días calendario o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida de cobertura generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos y de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar pudiera *causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento.*
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su salud requiere que le entreguemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
  - Explica que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos u ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. Esto pueden hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándar de cobertura, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es por un **medicamento recetado de Medicare Parte B**, le comunicaremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario** adicionales si

su solicitud es por un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.

- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para hacer un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura utilizamos un período de tiempo breve.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Para obtener más información sobre los reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión.

Paso 4: Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a hacer una solicitud para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que avanza al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación del plan relacionada con una decisión de cobertura de atención médica se conoce como una **"reconsideración"** del plan. Una apelación rápida también se llama **"reconsideración acelerada"**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas.

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o el médico tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si el médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, se la daremos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura indicados 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, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debes presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación escrita en la que enviamos nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Revisamos para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos de una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.
    - Si no le comunicamos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), automáticamente debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos 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 de una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le comunicaremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
    - **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.
    - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

- Si no le damos una respuesta dentro del plazo (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 favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, **o de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de nivel 2

Términos legales
El término formal para referirse a la organización de revisión independiente es **"entidad de revisión independiente"**. En ocasiones se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. 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 **"archivo de caso"**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán atentamente 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 comunicarle una respuesta sobre su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.

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 comunicarle una respuesta sobre su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibe su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe comunicarle una respuesta sobre su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará cuáles fueron los motivos.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o proveer el servicio dentro de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un medicamento recetado de Medicare Parte B,** debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar.**Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que no se debería aprobar

su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica. (Esto se llama **"confirmar la decisión"** o **"rechazar la apelación"**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con el siguiente propósito:

- Explicar su decisión.
- Notificarle el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. La notificación por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar el proceso de apelaciones.
- Indicarle cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, la información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que necesite solicitar un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo enviarnos el papeleo para la solicitud de pago.

Solicitarnos el reembolso significa solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, normalmente le enviaremos el pago por nuestra parte del costo dentro de 30 días calendario, con un máximo de 60 días calendario, después de recibir su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si no aceptamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta y usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos por la atención médica y cuáles fueron los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga los procesos para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos está solicitando el pago de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es favorable en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección se informa sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le paguemos por un medicamento de la Parte D que usted pagó

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para la cobertura, el medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, solo se presentarán sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificarlo, solemos utilizar el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de siempre repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usaremos el término "Lista de medicamentos" en lugar de "*Lista de medicamentos cubiertos*" o "*Formulario*".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está indicada, la farmacia le dará una notificación por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales
Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **"determinación de cobertura"**.

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cubrir un medicamento de la Parte D que no esté dentro de la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que se exima una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, la autorización previa o requisito de probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar una cantidad menor de los costos compartidos de un medicamento cubierto o en un nivel superior de costo compartido. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos el pago. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos generalmente se conoce como solicitar una **"excepción del formulario"**.

Solicitar el retiro de una restricción de cobertura para un medicamento generalmente se conoce como solicitar una **"excepción del formulario"**.

Solicitar el pago de un precio menor por un medicamento no preferido cubierto generalmente se conoce como solicitar una **"excepción del nivel"**.

Si un medicamento no tiene la cobertura que desearía que tuviera, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro prescriptor tendrán que explicar los motivos médicos para necesitar la aprobación de la excepción. A continuación, hay tres ejemplos de excepciones que nos pueden solicitar usted, su médico u otro prescriptor:

1. **Cobertura de 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, tendrá que pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el *nivel 4.* No puede solicitar una excepción para la cantidad de costos compartidos que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Retiro de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eximirlo de una restricción, puede solicitar una excepción para la cantidad del costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
3. **Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.** Todos los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos se ubican en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menos es lo que pagará por su parte del costo del medicamento.
   - Si su Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que están en un nivel de costos compartidos más bajo que su medicamento, puede solicitarnos cubrir su medicamento según la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento a una cantidad más baja de costos compartidos. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos cubrir su medicamento según la cantidad de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de marcas para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos cubrir su medicamento según la cantidad de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No nos puede pedir que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento en el *nivel 5*.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente tendrá que pagar la cantidad más baja.

Sección 6.3 Datos importantes que debe conocer cuando solicite excepciones

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otro prescriptor deben darnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos **"alternativos"**. Si un medicamento alternativo sería igual de eficaz que un medicamento que está solicitando y no generaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, normalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costos compartidos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o no aceptar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto sucede siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a su solicitud, puede pedir otra revisión con una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales
Una decisión rápida de cobertura se llama una **"determinación acelerada de cobertura"**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Las decisiones estándar de cobertura se toman en un plazo de **72 horas** después de que hayamos recibido la declaración del médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de que hayamos recibido la declaración del médico.

Si su salud lo requiere, solicite que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Su solicitud debe ser por un medicamento que aún no ha recibido (no puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le devuelva el dinero por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar pudiera causar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si el médico u otro prescriptor nos informan que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la daremos.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico o prescriptor, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico u otro prescriptor solicitan la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
  - Le explica cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas a partir de su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos u ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluso una solicitud enviada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, disponible en nuestro sitio web (www.thpmp.org). El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación rechazada que está apelando.

Esto pueden hacerlo usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo darle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, la cual es la razón médica de la excepción. Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien su médico u otro prescriptor pueden explicarnos por teléfono y enviar por fax o correo una declaración escrita si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos de una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir la solicitud.
    - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proveer la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de haber recibido su apelación o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Plazos de una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud**.**

- En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Plazos de una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** tenemos, además, la obligación de pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a hacer una solicitud para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa 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 relacionada con una decisión de cobertura de medicamento de la Parte D se conoce como **"redeterminación"** del plan. Una apelación rápida también se conoce como una **"redeterminación acelerada"**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si presenta una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, el médico u otro prescriptor tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura y se indican en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, el representante, el médico u otro prescriptor deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, llame o presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-800-701-9000. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito,** incluso una solicitud enviada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, disponible en nuestro sitio web, www.thpmp.org. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debes presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación escrita en la que enviamos nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando analizamos su apelación, volvemos a revisar bien toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos para asegurarnos de que seguimos todas las reglas

cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos de una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos de una apelación estándar para un medicamento que no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud así lo requiere.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos de una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** tenemos, además, la obligación de pagarle dentro de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación avanza al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Términos legales
El término formal para referirse a la organización de revisión independiente es **"entidad de revisión independiente"**. En ocasiones se denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta a su apelación de nivel 1 es desfavorable, la notificación por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar una apelación de nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de gestión de medicamentos, automáticamente remitiremos su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **"archivo de caso"**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos de las apelaciones rápidas

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta sobre su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos de las apelaciones estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si nos está solicitando que le devolvamos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **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 rechaza su apelación?

Si la respuesta de esta organización es desfavorable a **parte o a la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **"confirmar la decisión"**. También se llama **"rechazar la apelación"**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con el siguiente propósito:

- Explicar su decisión.
- Notificarle el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de nivel 3, la información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que se le da de alta demasiado pronto

Si lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que lo den de alta del hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que lo den de alta.

- El día que se va del hospital se llama **"fecha de alta"**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le darán el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente hospitalizado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso en el hospital, se le entregará una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe esta notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea esta notificación detenidamente y pregunte si no entiende algo.** En ella le dirán:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho de conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a estar involucrado en todas las decisiones sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que pueda tener sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de manera que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.
2. **Debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió y entendió sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúa en su representación deben firmar la notificación
   - Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta. Firmar la notificación ***no*** **significa** que acepta una fecha de alta.
3. **Guarde su copia** de la notificación para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud relacionada con la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma la notificación con más de dos días calendario de antelación a la fecha de alta, le darán otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos prolongar la cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos.**
- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Revisará si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas que pertenecen a Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar una apelación, se debe comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital, **a más tardar la medianoche de la fecha de alta.**
  - **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si *no* cumple con este plazo,** comuníquese con nosotros. Si decide permanecer hospitalizado después de su fecha de alta planificada, *tendrá que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que recibe después de su fecha de alta planificada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **Notificación de alta detallada**. En esta notificación se indica su fecha de alta planificada y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo de la **Notificación de alta detallada** con solo llamar a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo de esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte con la fecha de alta planificada. Esta notificación también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo a partir del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tenga toda la información necesaria, le darán la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es favorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *favorable*, **debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué ocurre si la respuesta es desfavorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *desfavorable*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **terminará nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado su respuesta a la apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *desfavorable* y usted decide permanecer en el hospital, **tendrá que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que haya recibido después del mediodía del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado sobre la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación es *negativa*, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación Presentar otra apelación significa que pasará al **nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere su decisión durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de nivel 2, usted tendrá que pagar el costo total por su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después de que la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación de nivel 1 sea *desfavorable*. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es favorable:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados mientras sea médicamente necesaria**.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es desfavorable:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "confirmar la decisión".
- La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, la información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo sobre tres servicios:* Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)

Cuando recibe **servicios médicos cubiertos a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios para ese tipo de atención en la medida que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de su atención.*

Si cree que terminaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Términos legales
Notificación de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura sobre cuándo terminar su atención

1. **Recibirá una notificación por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. La notificación le dice:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo tu atención durante un período más largo.

2. **Usted, o alguien que actúe en su nombre, debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió.** Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre cuándo se terminará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de terminar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra la atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos.**
- **Pedir ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Ella determina si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presenta su apelación de nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Notificación de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** de la *Notificación de no cobertura de Medicare*. Si no cumple con la fecha límite y desea

presentar una apelación, aún mantiene sus derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
Explicación detallada de no cobertura. Notificación en la que se detallan los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya dado.
- Finalmente, los revisores nos informarán sobre su apelación y le entregaremos la **Explicación detallada de no cobertura** para explicarle en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores la aceptan?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *favorable*, **debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué ocurre si los revisores la rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que la cobertura de su atención haya terminado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra la atención por más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura.

Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué ocurre si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de nivel 1.
- La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También le indicará los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.

Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a un nivel 3 de apelación, la información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y superior

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará la apelación y le brindará una respuesta.

- **Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**. A diferencia de una decisión en una apelación de nivel 2, tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de nivel 3 que es favorable para usted. Si decidimos apelar, lo haremos en el nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarte la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podríamos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en conflicto.
- **Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador rechazan su apelación, es posible que el proceso de apelación *llegue* o *no* a su fin.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es favorable o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* finalizar o *no*.** A diferencia de una decisión en el nivel 2, tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de nivel 4 que es favorable para usted. Decidiremos si llevaremos esta apelación a nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones *llegue* o *no* a su fin**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
  - Si no quiere aceptar la decisión, quizás pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las reglas permiten que pase a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor del medicamento por el cual apeló es de cierta cantidad en dólares, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará la apelación y le brindará una respuesta.

- **Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones llega a su fin**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de Derecho Administrativo o juez mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es desfavorable, es posible que el proceso de apelaciones *llegue* o *no* a su fin**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones llega a su fin**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es desfavorable, es posible que el proceso de apelaciones *llegue* o *no* a su fin**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
  - Si no quiere aceptar la decisión, quizás pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, la notificación le dirá si las reglas le permiten que continúe con una apelación de nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer seguidamente si decide continuar con la apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO HACER RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de reclamo?

El proceso de reclamo es *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, hay algunos ejemplos de problemas solucionados por el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en un hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla? • ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicios para Miembros u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para conseguir una receta.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?
Información que le entregamos	• ¿No le hemos dado la notificación requerida? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relativas a las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con la suficiente prontitud, puede hacer un reclamo sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y la rechazamos; puede hacer un reclamo. • Considera que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones: puede presentar un reclamo.

Reclamo	Ejemplo
	• Considera que no cumplimos los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede hacer un reclamo. • Considera que no hemos cumplido los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer un reclamo.

Sección 10.2 Cómo hacer un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** también se conoce como una **"queja"**.
- **Hacer un reclamo** también se conoce como **"presentar una queja"**.
- **Usar el proceso de reclamos** también se conoce como **"usar el proceso para presentar una queja"**.
- Un **reclamo rápido** también se conoce como una **"queja acelerada"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo hacer un reclamo

Paso 1: Se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o llamó y no se sintió satisfecho), puede escribir su reclamo y enviárnoslo.** Si escribe su reclamo, responderemos a su reclamo por escrito.
- Debe presentar una queja formal a más tardar 60 días calendario después del hecho, ya sea que la presente oralmente o por escrito. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. También puede presentar una queja por escrito si la envía por correo a:

Tufts Medicare Preferred, Attn: Appeals & Grievances Department, P.O. Box 474, Canton, MA 02021. También puede enviarla por fax al: 1-617-972-9516.

Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante de los centros de Medicare y Medicaid*. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, www.thpmp.org). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- El **plazo** para hacer un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema objeto del reclamo.

Paso 2: Revisamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **Se responde a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso lo beneficia o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si hace un reclamo porque rechazamos su solicitud por una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le otorgaremos un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo rápido, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el cual está reclamando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo está relacionado con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O bien

- **Puede hacer su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite 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:

Fin de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx puede ser **voluntario** (es su elección) **o involuntario** (no es su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de la membresía.
- Hay también situaciones limitadas en que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole 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?

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede finalizar la membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el siguiente año.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
  - – *O bien* – Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.

- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o posterior a que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si además 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 ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros períodos del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos;

para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid (MassHealth)
- Si es elegible para el programa "Extra Help" con pago por sus recetas de Medicare.
- Si infringimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, tal como una casa de reposo u hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Nota: Si está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le ofrece más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- *– O bien –* Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar de plan.

Si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y usted 2025***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a 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 cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan.** Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe continuar obteniendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no es beneficiario de Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.

- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos entrega información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera problemática que nos dificulta proporcionarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, Medicare podría solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante *2 meses*.
    - Debemos notificarlo por escrito que tiene *2 meses* para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su afiliación.
- Si se le exige pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos pero no la paga, Medicare finalizará su membresía en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede conseguir más información?

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2. No podemos pedirte que abandones nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a hacer un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas al amparo de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o si 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 consultar 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 para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como, por ejemplo, un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación

que ejerce la Secretaría según las regulaciones de los CMS en las subpartes B hasta la D de la parte 411 del Título 42 del CFR y los reglamentos establecidos en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx y los proveedores

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx provee cobertura para servicios de atención médica. Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx no provee servicios de atención médica. Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx sostiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en centros y consultorios privados en toda el área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados o representantes de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta *Evidencia de Cobertura* o suponer o crear alguna obligación para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx que contradiga esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Entrega ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios lingüísticos gratis para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proveyó estos servicios o si sufrió discriminación de cualquier manera por motivo de su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja a:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
1 Wellness Way
Canton, MA 02021
Número de teléfono: 1-888-880-8699, ext. 48000
Número TTY: 1-800-439-2370 o 711
Español: 1-866-930-9252
Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una queja tanto en persona como por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es una medida que usted debe tomar si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud, medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es generalmente el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar enfermeras registradas o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario, mientras que nuestros criterios están publicados en nuevo sitio web.

Auxiliar de salud a domicilio: una persona que provee servicios para los que no se necesitan las habilidades de una enfermera certificada o terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

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 los beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

Biosimilar: un medicamento biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta (consulte **Biosimilar intercambiable**).

Biosimilar Intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o **cancelación de inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo que presentó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso. La IRMAA es un cargo adicional a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Cantidad máxima: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Se puede limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada no excede las 24 horas.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF): un centro 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 patologías del habla-lenguaje y de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Coaseguro: una cantidad expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) que pueden exigirle que pague como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de que pague los deducibles.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden, generalmente, conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse después en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, sustancias biológicas y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Copago: una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita médica, visita hospitalaria como paciente externo o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en vez de un porcentaje.

Costo compartido: se refiere al monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que puede imponer un plan antes de que cubra servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coaseguro, es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido distinto del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costos compartidos preferidos: significa un costo compartido más bajo, en ciertas farmacias de la red, para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos.

Cuidado de relevo: el cuidado de relevo es cuidado personal provisto en una casa de reposo, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de relevo, proporcionado por personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, incluye ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse, sentarse o levantarse de una silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas son capaces de hacer por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de relevo.

Deducible: la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desembolsos: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de desembolso del miembro.

Determinación de cobertura: decisión acerca de si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta por su plan, esa 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 conocen como **"decisiones de cobertura"** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se conocen como **"decisiones de cobertura"** en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico indicado por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que su desembolso para el año alcance el umbral de cantidad de desembolso.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, qué debe hacer, sus derechos y qué debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, de ser aprobado, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel menor de costos compartidos (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

“Extra Help”: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la cantidad permitida de costos compartidos del plan. Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, solo tiene que pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni que le cobren de otra manera una cantidad superior a los costos compartidos que establece su plan.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que 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 las farmacias de la red del plan.

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.

Hospicio: beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de hospicio en su área geográfica. Si elige recibir cuidados de hospicio y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tengan discapacidad, ceguera o 65 años de edad o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una Lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o ayuda médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted cumple los requisitos de Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: el 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. Podríamos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos como medicamentos de la Parte D cubiertos. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa de seguro médico federal para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante renal).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona que tiene Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto del desembolso máximo: el monto máximo de los desembolsos que paga durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. Las cantidades que paga por las primas del plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos recetados no se incluyen en su monto del desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: cantidad agregada a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento que figura en la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o **Medicare de pago por servicio):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare,

los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de cantidades establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede atenderse con cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud 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 todos los estados de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficio: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centro de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día 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 seguidos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de cobertura catastrófica: el período en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza después de que usted (o terceros calificados en su nombre) hayan gastado $2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante este período de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: el período que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial: Período fijado en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o volver a Original Medicare. Las situaciones en las cuales podría ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Extra Help” con sus gastos de medicamentos recetados, si se muda a una casa de reposo o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, que incluye el mes en que cumple esa edad, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan a cambio del pago de una cantidad especificada. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios, ya sea que los proporcionen proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando proveedores fuera de la red proporcionen los beneficios del plan. Los planes de PPO tienen un límite anual en sus desembolsos para servicios que reciba de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en sus desembolsos combinados totales para servicios de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que sostiene contratos con Medicare para proveer beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces conocido como Medicare Parte C. Plan ofrecido por una compañía privada que sostiene contratos con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) un HMO; ii) un PPO; un iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS); o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan para necesidades especiales: Tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención de salud más centrada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Plan para Necesidades Especiales (SNP) institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de

atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o ser dueño de estos y operarlos).

Plan para Necesidades Especiales (SNP) institucional equivalente: un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. Se debe realizar la evaluación con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad además de la organización que ofrece el plan. El tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vida asistida (ALF) contratado de ser necesario para garantizar la entrega uniforme de atención especializada.

Planes para Necesidades Especiales con Elegibilidad Doble (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal con Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que ofrecen compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de 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 cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico: un medicamento recetado que se fabrica con ingredientes naturales y vivos, como células de animales o de plantas, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden reproducirse con exactitud, por lo cual las formas alternativas se denominan "productos biosimilares". (Consulte también **"Producto biológico original"** y **"Biosimilar"**).

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que sirve como referencia para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE): un plan PACE combina servicios médicos y sociales, como así también servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS), para personas frágiles con el objeto de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en vez de mudarse a una casa de reposo) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Programa de descuentos del fabricante: un programa con el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D y los productos biológicos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del organismo, incluidos suministros de ostomía y terapia nutricional enteral o parenteral.

Proveedor de la red: el término **"proveedor"** se utiliza en general para los médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, los hospitales y otros centros de cuidado de la salud autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman **"proveedores del plan"**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni están operados por nuestro plan.

Proveedor primario de cuidados médicos (PCP): el médico u otro proveedor al que se acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor primario de cuidados médicos antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Queja formal: tipo de reclamo que usted hace sobre nuestro plan, proveedores, farmacias o nosotros, incluido un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Esto no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago.

Real-Time Benefit Tool: un portal o aplicación informática en la que los beneficiarios pueden consultar información completa, precisa, oportuna y clínicamente adecuada sobre el formulario y los beneficios específicos para el miembro. Esto incluye los montos de costos compartidos, medicamentos alternativos en el formulario que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado, y las restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Reclamo: el nombre formal de hacer un reclamo es **"presentar una queja"**. El proceso de reclamo es *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye reclamos si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir la totalidad de los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. El término "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: cualquier servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros: departamento de nuestro plan encargado de responder preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Subsidio para bajos ingresos (LIS): consulte "Extra Help".

Tarifa de despacho: tarifa cobrada cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y envasar la receta.

Tarifa diaria de costos compartidos: se puede aplicar una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico recete un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le exija pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido entre la cantidad de días del suministro para un mes. A continuación, hay un ejemplo: Si su copago del suministro para un mes de un medicamento es de $30 y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costos compartidos es de $1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización para la que se le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.

Umbral de desembolso: la cantidad máxima que paga de desembolso por los medicamentos de la Parte D.

TUFTS Health Plan

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Entrega ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratis para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al
1-800-701-9000 (HMO)/**1-866-623-0172** (PPO)/**(TTY: 711).**

Si cree que Tufts Health Plan no le proveyó estos servicios o si sufrió discriminación de cualquier manera por motivo de su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja a:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
1 Wellness Way, Canton, MA 02021
Teléfono: 1-888-880-8699, ext. 48000 (TTY: 711)
Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una queja tanto en persona como por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica, desde el portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono aquí:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Formulario aprobado
OMB# 0938-1421

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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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، **1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)** سيقوم شخص ما يتحدث العربية . ليس عليك سوى الاتصال بنا على 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) पर 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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ございます。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)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。

Y0065_2023_138_C

Método	Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	**1-800-701-9000** Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	**1-617-972-9405**
ESCRIBA A	**Tufts Medicare Preferred** ATTN: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratis sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	**1-800-243-4636**
TTY	**1-800-439-2370** Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Declaración de divulgación en virtud de la PRA: Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de recopilación de información, a menos que dicha solicitud exhiba un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, le rogamos que escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.