

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 Access (PPO)

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 1-866-623-0172 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 Access, 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 Access).

Este documento está disponible gratis en español.

Este documento está disponible gratuitamente en distintos formatos, incluida la letra grande.

Los beneficios, primas, deducibles o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted 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.

## **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 Material importante de membresía que recibirá
- SECCIÓN 4 Su costo mensual por el plan Tufts Medicare Preferred Access
- 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 Access (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo 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 de salud de un empleador?

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

- SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la atención médica que recibe como miembro de nuestro plan
- SECCIÓN 2 Acudir a los proveedores de la red y fuera de la red 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 participa en un estudio de investigación clínica?
- SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud
- SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

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

- SECCIÓN 1      Cómo entender los desembolsos para los servicios cubiertos
- SECCIÓN 2      Use la *Tabla 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 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 administrarlos

#### **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 obtiene el medicamento
- SECCIÓN 3      Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué período de pago se encuentra
- SECCIÓN 4      No hay deducible para Tufts Medicare Preferred Access
- 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 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 donde nos debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos
- SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar 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 las 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 lo dará 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 a Nivel 3 y superior
- SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de 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 la 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 Access debe finalizar su membresía al 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 Access 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 Access, que es un plan Medicare PPO

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 Access. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y 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 Access es un plan Medicare Advantage PPO (Organización de Proveedores Preferidos [PPO]). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este Medicare PPO está 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *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 Access.

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 Access 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 Access, 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 Access después del 31 de diciembre de 2025. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Tufts Medicare Preferred Access 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.
- 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 Access**

Tufts Medicare Preferred Access 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 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 estadia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informarán a Tufts Medicare Preferred Access si no es elegible para ser miembro según esta condición. Tufts Medicare Preferred Access debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

---

## **SECCIÓN 3 Material importante 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, deberá 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:

 a Point32Health company	<b>IN AN EMERGENCY:</b> If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room.
<b>Access (PPO)</b>	<b>Member Services:</b> 1-866-623-0172 (TTY: 711)
<b>RxBIN</b> 610011	<b>Provider Services:</b> 1-800-279-9022
<b>RxPCN</b> CTRXMEDD	<b>Send Medical Claims to:</b> Tufts Health Plan, P.O. Box 518, Canton, MA 02471
<b>RxGRP</b> RXMEDD	<b>Send Pharmacy Claims to:</b> OptumRx Claims Department, P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
<b>Plan</b> (80840)	<b>Website:</b> www.thpmp.org
<b>Copays*</b> \$XX PCP OV \$XX Spec OV \$XX ER *In-Network Copays	Medicare limiting charges apply.
<b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage	
<b>eye med</b>	
<b>ID</b> S90000001	<b>Issued:</b> 01/01/2025
<b>Name</b> FIRST A. LAST	CMS - H2256 - XXX

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 Access, 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 y farmacias: Su guía de todos los proveedores y farmacias en la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* indica los proveedores actuales, los abastecedores de equipos médicos duraderos y las farmacias 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.

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos* para obtener información más específica.

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene 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 proveedores y 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.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a Servicios para Miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores y farmacias* en papel se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio ([web www.thpmp.org](http://www.thpmp.org)).

### **Sección 3.3 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 Access. 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 Access.

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](http://www.thpmp.org)) o llamar a Servicios para Miembros.

---

## **SECCIÓN 4 Su costo mensual por el plan Tufts Medicare Preferred Access**

---

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

### **Sección 4.1 Prima del plan**

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por Tufts Medicare Preferred Access.

## Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

### Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

**Debe seguir pagando las primas de Medicare para mantenerse como 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 son elegibles para Parte A sin prima.

## Sección 4.3 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 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.

Cuando se inscriba por primera vez en el plan Tufts Medicare Preferred Access, 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 4.4 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 2 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 en la que se 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 4.5 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 una queja o apelación.

---

## **SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual**

---

### **Sección 5.1 Si usted tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay distintas formas de hacerlo**

Hay 4 formas en las que puede pagar la multa. Usted seleccionó una opción de pago cuando se inscribió en nuestro plan. Si quiere cambiar su selección, llame a Servicios para Miembros.

#### **Opción 1: pago con cheque**

La multa por inscripción tardía en la Parte D 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 multas por inscripción tardía en la Parte D. 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, Inc.  
PO Box 9225  
Chelsea, MA 02150-9262

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 entregar un cheque en persona, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-623-0172 para solicitar esta opción.

#### **Opción 2: pago con una transferencia electrónica de fondos (EFT)**

En vez de pagarla con cheque, puede pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D 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 multa por inscripción tardía en la Parte D 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 con el pago de la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D directamente a Tufts Medicare Preferred hasta que le informemos que está inscrito en el programa de EFT

### **Opción 3: pago en línea**

Puede pagar la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D si crea una cuenta personal segura en nuestro sitio web en [www.thpmp.org/registration](http://www.thpmp.org/registration) (Si ya tiene una cuenta, solo ingrese a [www.thpmp.org/login](http://www.thpmp.org/login)). En su cuenta personal, puede ver la cantidad actual del monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D, lo que pagó el mes anterior y cuánto debe pagar el mes siguiente. Puede hacer un pago único por la cantidad adeudada (la multa por inscripción tardía en la Parte D 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](http://www.thpmp.org/registration).

### **Opción 4: que la multa por inscripción tardía en la Parte D se descuenta del cheque mensual del Seguro Social**

#### **Cambio en la forma de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D**

Si decide cambiar el método en que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, el nuevo método puede demorar 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 la multa por inscripción tardía en la Parte D. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

#### **Lo que debe hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D**

La multa por inscripción tardía en la Parte D vence, en nuestra oficina, el 15 de cada mes. Si no hemos recibido el pago antes del 15 de cada mes, le enviaremos una notificación para indicarle que finalizará su membresía en el plan si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D 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 multa por inscripción tardía en la Parte D de forma oportuna, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos derivarlo a programas que lo ayuden a pagar los costos.

Si finalizamos su membresía por impago de la multa por inscripción tardía en la Parte D, si la hubiera, tendrá cobertura médica 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 finalizemos su membresía, es posible que aún adeude la multa que no ha pagado. Tenemos el derecho de exigir el pago de la cantidad de la multa 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 multa por inscripción tardía en la Parte D (si se adeuda) 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 1-866-623-0172, entre las 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 comenzar a cobrar una 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 vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que necesite comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si se vuelve elegible para el programa “Extra Help” o si pierde la elegibilidad para este programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y se vuelve elegible para “Extra Help” durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde “Extra Help”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

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.thmp.org/registration](http://www.thmp.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 otro seguro, infórmelo al médico, al hospital y a la 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 (ERET):
  - 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 ERET, 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 Access** (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo 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 Access. Estaremos encantados de ayudarle.

<b>Método</b>	<b>Servicios para Miembros: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-866-623-0172 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>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.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9405
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
SITIO WEB	<a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>

### 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 una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-866-623-0172 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>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.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9405

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto</b>
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>

### **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 una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre atención médica: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	1-866-623-0172 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.
<b>TTY</b>	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.

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre atención médica: información de contacto</b>
	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.
<b>FAX</b>	1-617-972-9516
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>

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

Puede hacer 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 una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Reclamos sobre atención médica: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	1-866-623-0172 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.

<b>Método</b>	<b>Reclamos sobre atención médica: información de contacto</b>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9516
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred Access directamente ante Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

### **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 recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)*.

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-866-623-0172 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>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.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>FAX</b>	1-617-673-0956
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>

## **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 recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Apelaciones relativas a los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-866-623-0172 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9516

<b>Método</b>	<b>Apelaciones relativas a los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto</b>
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>

### **Cómo comunicarse con nosotros cuando hace un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Puede hacer un reclamo sobre nosotros o algunas de las farmacias 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. Si su problema tiene relación con la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

<b>Método</b>	<b>Reclamos relativos a los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	1-866-623-0172 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.

<b>Método</b>	<b>Reclamos relativos a los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto</b>
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-617-972-9516
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred Access directamente ante Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**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.*

Toma 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 una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* para obtener más información.

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-866-623-0172 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>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.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-1028
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred P.O. Box 518 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>

---

## **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 (a veces llamada CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

<b>Método</b>	<b>Medicare: información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis.  24 horas al día, 7 días a la semana.
<b>TTY</b>	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.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>  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: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad para Medicare:</b> Provee información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.</li></ul>

Método	Medicare: información de contacto
<b>SITIO WEB (CONTINUACIÓN)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> 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 <i>aproximado</i> de lo que podrían ser sus desembolsos en diferentes planes de Medicare.</li></ul> <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier reclamo que tenga con respecto a Tufts Medicare Preferred Access:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Informe a Medicare de su reclamo:</b> Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred Access directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</li></ul> <p>Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores de su localidad pueden ayudarlo a visitar este sitio web con 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.</p>

---

### 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, siglas de “Serving the Health Insurance Needs of Everyone” (Al servicio de las necesidades de seguro de salud 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.

<b>Método</b>	<b>SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) (SHIP de Massachusetts): información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	1-800-243-4636
<b>TTY</b>	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.
<b>POR CORREO</b>	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/health-insurance-counseling">www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>

---

## **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 su 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
<b>POR TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
<b>POR CORREO</b>	Acentra Health Programa BFCC-QIO 5201 West Kennedy Blvd Suite 900 Tampa, FL 33609
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.acentraqio.com">www.acentraqio.com</a>

---

## **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 comunice con el Seguro Social para darle esta información.

Método	Seguro Social: información de contacto
<b>POR TELÉFONO</b>	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 hacer algunos trámites 24 horas al día.
<b>TTY</b>	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.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

---

## **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, coseguro 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 Medicaid de Massachusetts): información de contacto
<b>POR TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
<b>POR CORREO</b>	MassHealth Central Office 100 Hancock Street, 1st Floor Quincy, MA 02171
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/topics/masshealth">www.mass.gov/topics/masshealth</a>

---

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

---

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) ofrece 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;
- a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 8 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (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 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 hacerle el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

## **¿Qué pasa si usted tiene 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 usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que provea cobertura para los medicamentos de la Parte D (aparte de “Extra Help”), seguirá

recibiendo el descuento del 70 % en los medicamentos de marca cubiertos. Asimismo, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

### **¿Qué pasa si tiene 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 están cubiertos 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.

<b>Método</b>	<b>Prescription Advantage (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Massachusetts): información de contacto</b>
<b>POR TELÉFONO</b>	1-800-243-4636
<b>TTY</b>	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.

Método	Prescription Advantage (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Massachusetts): información de contacto
<b>POR CORREO</b>	Prescription Advantage PO Box 15153 Worcester, MA 01615-0153
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/prescription-drug-assistance">www.mass.gov/prescription-drug-assistance</a>

### 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
<b>POR TELÉFONO</b>	1-866-623-0172 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.

<b>Método</b>	<b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto</b>
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-617-972-9405
<b>POR CORREO</b>	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>

---

## **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
<b>POR TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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 <i>no</i> son gratis.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

## **SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud 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 prestaciones 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 atención médica que recibe 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: *Tabla 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 Access debe cubrir todos los servicios que contempla Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred Access generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted reciba esté incluida en la Tabla 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 recibe la atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios en virtud de Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo).
  - Los proveedores de nuestra red se indican en el *Directorio de proveedores* ([www.thpmp.org](http://www.thpmp.org)).
  - Si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.
  - Toma en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en casos de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

---

## **SECCIÓN 2 Acudir a los proveedores de la red y fuera de la red para recibir atención médica**

---

<h3><b>Sección 2.1 Puede escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para que le provea y supervise su atención médica</b></h3>
---

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

Como miembro de nuestro plan, usted no está obligado a seleccionar un PCP de la red; **sin embargo, lo instamos a que elija uno y nos comunique su decisión.** 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 puede ayudarlo a seleccionar la atención especializada adecuada cuando la necesite.

## **¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?**

Por lo general, los médicos con formación en 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 puede ayudarlo 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 (para inglés) 1-800-439-2370 (TTY [para español] 1-866-930-9252) 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. Su PCP puede ayudarlo a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores del cuidado de la salud. **Lo instamos a que pida ayuda a su PCP para seleccionar un especialista o abastecedor de la red y a que haga un seguimiento con su PCP después de cualquier visita al especialista.** 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, equipos, servicios y suministros requieren autorización de Tufts Medicare Preferred antes de que se presten los servicios dentro de la red. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización antes de que usted reciba servicios dentro de la red. 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 y farmacias*. 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.

## 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 en nuestro plan o pagará más por los servicios cubiertos.

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, el cambio entra en vigor el primer día del mes siguiente. Puede fijar una cita con su nuevo PCP en cualquier momento. Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar 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](http://www.thpmp.org/registration).

## **Sección 2.2 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 brindan atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. Si decide seleccionar un PCP, este 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.

Su PCP puede recomendarle o referirlo a un especialista de la red adecuado para su afección, pero usted no necesita un referido de su PCP para ver a un especialista de la red. Para garantizar una coordinación eficaz de su atención, le recomendamos que notifique a su PCP cuando vea a un especialista de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores* para obtener una lista de los PCP, los especialistas del plan u otros proveedores participantes disponibles a través de su red. Puede obtener una copia del *Directorio de proveedores* con solo llamar a Servicios para Miembros o puede consultar el *Directorio de proveedores* en línea en nuestro sitio web [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org).

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

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). La autorización se puede obtener del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se preste un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si le respondemos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, tiene más información sobre qué hay que hacer si recibió una decisión nuestra de cobertura o desea apelar una decisión que ya realizamos.

Si no tiene una determinación anticipada, también se puede obtener la autorización de un proveedor de la red que refiera a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para un servicio; a condición de que ese servicio no esté siempre explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se explica en el Capítulo 4.

## **¿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 2.3 ¿Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red?**

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no están obligados a atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.** A continuación, le ofrecemos otros datos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, este debe ser elegible para participar en Medicare en la mayoría de los casos. Excepto en casos de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para

participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

- No necesita obtener un referido o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, puede solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que va a recibir están cubiertos y son médicamente necesarios (consulte el Capítulo 9, Sección 4 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante por lo siguiente:
  - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si luego determinamos que los servicios no estaban cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le respondemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo* para saber cómo presentar una apelación.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture primero al plan. Pero, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que debemos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Para obtener más información sobre situaciones en las que usted podría necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*.
- Si acude a un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

---

## **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 y 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. Llame a una ambulancia si la necesita. *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 recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

### **¿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 haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, el monto de costos compartidos que usted pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos será por lo general más baja que si la recibe de proveedores fuera de la red.

### **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?**

En la mayoría de las situaciones, si se encuentra en el área de servicio del plan y acude a un proveedor fuera de la red, pagará una parte más alta de los costos de su atención.

Se recomienda que siempre trate de obtener los servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o son inaccesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible de nuevo, 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, en caso de que haya seleccionado uno. Si no ha seleccionado un PCP, no puede comunicarse con su PCP 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.

## **¿Qué pasa si usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?**

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que recibe de cualquier proveedor por el monto de costo compartido dentro de la red más bajo.

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](http://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 Access cubre todos los servicios médicos según se indica en la Tabla de beneficios médicos del plan en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, 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. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficios.

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

### **Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?**

Un estudio de investigación clínica (también denominado *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](http://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 recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud**

---

<h3><b>Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?</b></h3>
--

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 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 proporcionan en un centro, se aplican 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
  - debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de que sea ingresado al centro o su estadía no será cubierta.

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 Access, 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.

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 Access 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 Access 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:**

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

---

## SECCIÓN 1 Cómo entender los desembolsos para los servicios cubiertos

---

Este capítulo contiene una Tabla de beneficios médicos que indica los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Tufts Medicare Preferred Access. 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. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).

**El coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

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 coseguro. 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?

En nuestro plan, existen dos límites diferentes en cuanto a lo que tiene que pagar como desembolso por los servicios médicos cubiertos:

Su **monto del desembolso máximo dentro de la red** es de \$5,400. Es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos del plan recibidos de proveedores de la red. Las cantidades que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos de proveedores de la red se incluyen en este monto del desembolso máximo dentro de la red. Las cantidades que paga por los medicamentos recetados de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no se incluyen en su monto del desembolso máximo dentro de la red. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no se incluyen en su monto del desembolso

máximo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$5,400 por los servicios cubiertos de los proveedores de la red, no tendrá costos por concepto de desembolsos durante el resto del año cuando visite proveedores de la red. Sin embargo, debe continuar con el pago de las primas de Medicare Parte B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por la prima de la Parte B).

Su **monto del desembolso máximo combinado** es de \$9,500. Es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos del plan recibidos de proveedores dentro de la red y fuera de la red. Las cantidades que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos se incluyen en este monto del desembolso máximo combinado. 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 combinado. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo combinado. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$9,500 por los servicios cubiertos, tendrá un 100 % de cobertura y no tendrá costos por concepto de desembolsos durante el resto del año por servicios cubiertos. Sin embargo, debe continuar con el pago de las primas 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 Access, 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. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si sus costos compartidos corresponden a un coseguro (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 obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores participantes.
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, entonces usted paga el monto de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros.

---

## **SECCIÓN 2 Use la *Tabla 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**

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre Tufts Medicare Preferred Access 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 la Tabla 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 periodo 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.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación anticipada (en ocasiones, se denomina “autorización previa”) de Tufts Medicare Preferred Access.
  - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación anticipada están marcados en *cursiva, negrita* en la Tabla de beneficios médicos.
  - No necesita aprobación anticipada para recibir servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.

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

---

Aunque no necesita aprobación anticipada para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura anticipada.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, la cantidad que paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores participantes
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores no participantes
- 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](http://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 nuevo servicio en 2025, ya sea Medicare o 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

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

---

- Enfermedad renal en etapa terminal (ERET)
- Accidentes cerebrovasculares y afecciones relacionadas
- Para más información, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* del Cuadro de prestaciones médicas 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.

### Tabla de beneficios médicos

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por este examen de detección preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dura 12 semanas o más;</li> <li>• no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• no asociado con la cirugía.</li> <li>• no asociado con el embarazo.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$20 por cada visita a los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por cada visita a los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• una licencia actual, integral, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia.</li> </ul> <p>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.</p>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Beneficios adicionales de acupuntura:</b></p> <p>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.</p> <p>Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el <b>subsidio para el bienestar</b>. Consulte la descripción del beneficio de <b>Subsidio para el bienestar</b> para obtener detalles completos.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$20 por cada visita a los servicios de acupuntura provistos por un acupunturista con licencia para tratar el dolor lumbar crónico.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por cada visita a los servicios de acupuntura provistos por un acupunturista con licencia para tratar el dolor lumbar crónico.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>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, solo 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</p>	<p><i>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$350 por cada viaje en un solo sentido por los servicios de</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>situaciones 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.</p> <p>Los servicios de ambulancia están cubiertos en todo el mundo.</p>	<p>ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>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.</p> <p>Si su afección no cumple los criterios de Medicare y usa los servicios de ambulancia, entonces usted será responsable de pagar el costo total.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cobertura para servicios de ambulancia, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>El transporte en furgoneta de personas en silla de ruedas no está cubierto, incluso si el servicio lo provee una empresa de ambulancias.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Transporte que no es de ambulancia</b></p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> 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.</p>
<p><b>Examen médico anual</b></p> <p>El examen médico anual es un examen más a fondo que la consulta 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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$0 por un examen médico anual.</p> <p>Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma cita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> <b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Si ha tenido 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.</p> <p><b>Nota:</b> 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</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p> <p>Si recibe servicios que tratan una afección</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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.</p>	<p>durante la misma cita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de más de 40 años</li> <li>• Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por las mamografías de detección cubiertas.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>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.</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con el médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), revisar la presión arterial y darle consejos para garantizar una alimentación saludable.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Exámenes por enfermedad cardiovascular</b></p> <p>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).</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicoláu están cubiertos una vez cada 24 meses</li> <li>• 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</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el Papanicoláu y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de quiropráctico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación</li> </ul>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cobertura adicional proporcionada por el plan Tufts Medicare Preferred Access</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación quiropráctica inicial cubierta una vez por año calendario</li> </ul>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por la evaluación quiropráctica inicial.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado; o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal; y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de cribado o un enema opaco previos.</li> <li>• 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</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos 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</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema opaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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.</p>	<p>y usted paga un copago de \$0 por los servicios del médico.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos 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 el 45 % de coseguro por los servicios del médico.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, en la actualidad,</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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.</p> <p>Consulte “<b>Tarjeta de gastos Flex Advantage para servicios dentales complementarios</b>” a continuación para obtener información sobre la cobertura dental complementaria que obtiene como miembro de Tufts Medicare Preferred Access.</p>	<p>Usted paga \$40 por visita por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte <b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y Servicios o cirugía para pacientes externos</b> en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga cuando recibe los servicios en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de depresión</b></p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por una consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de la diabetes</b></p> <p>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 otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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.</p>	
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 controlar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.</li> <li>• 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.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</li> <li>• Para personas con riesgo de diabetes: Análisis de glucosa en plasma en ayunas según sea médicamente necesario.</li> <li>• Para servicios de cuidado del pie relacionados con la diabetes, consulte <b>Servicios de podología</b> en este cuadro de beneficios.</li> </ul>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir los monitores continuos de glucosa dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Usted paga \$0 por productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc.</p> <p>Usted paga \$0 por monitores continuos de glucosa (CGM).</p> <p>Usted paga el 20 % de coseguro por productos que no sean OneTouch.</p> <p>Usted paga \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Usted paga \$0 por productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc.</p> <p>Usted paga \$0 por monitores continuos de glucosa (CGM).</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Nota:</b> Existen dos tipos de monitores continuos de glucosa (CGM), los terapéuticos y los no terapéuticos. El plan cubre ambos en su totalidad. Los CGM no terapéuticos se pueden comprar a proveedores de equipos médicos o al fabricante del CGM.</p>	<p>Usted paga el 50 % de coseguro por productos que no sean OneTouch.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>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.</p> <p>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 LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas ni las soluciones para la glucosa.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME). No existe una marca preferida para los CGM complementarios.</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes, incluidas las tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también tienen cobertura en farmacias participantes minoristas y de pedido por correo.</p> <p>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).</p>
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para ver una definición del término “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p>	<p><i>Excepto en caso de emergencia, es posible que necesite una autorización previa antes de recibir equipo médico duradero y suministros relacionados dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coseguro por</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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, nebulizadores o andadores.</p> <p>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.</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para obtener cobertura, el artículo o suministro debe <b>estar cubierto por el plan; ser médicamente necesario</b>; y, en algunos casos, contar con una <b>autorización previa</b> para los proveedores en la red.</li> <li>• Si necesita ayuda para determinar si los artículos o suministros están cubiertos, o si se requiere autorización previa, o si un proveedor de DME pertenece a nuestra red, llame a Servicios para Miembros.</li> </ul>	<p>artículos y suministros relacionados cubiertos.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20 % cada mes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coseguro por artículos y suministros relacionados cubiertos.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es el 50 % de coseguro cada mes.</p> <p>Su costo compartido para el equipo de oxígeno de Medicare no cambiará después de estar inscrito por 36 meses en Tufts Medicare Preferred Access. Después de 36 meses, dejará de pagar el coseguro 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 de su plan para ese momento. Si antes de inscribirse en</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>Tufts Medicare Preferred Access había hecho 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Tufts Medicare Preferred Access es el 20 % de coseguro cuando es proporcionado por un abastecedor dentro de la red y el 50 % de coseguro cuando es proporcionado por un abastecedor fuera de la red.</p> <p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p> <p>Consulte la sección <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b> de esta Tabla de beneficios médicos para conocer los detalles de la cobertura de los suministros para diabéticos.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Artículos adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred: Equipos de seguridad para el baño</b></p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años</li> <li>● Barras de apoyo para el baño: hasta 2 por miembro cada 5 años</li> <li>● Asiento para la bañera: 1 por miembro cada 5 años</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coseguro 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&amp;P) de la red.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coseguro por equipo de seguridad para el baño cuando un proveedor emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&amp;P) fuera de la red.</p> <p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia.</li> <li>● Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.</li> </ul> <p>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</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$125 por cada visita cubierta a la sala de emergencias.</p> <p>Si su visita a la sala de emergencias también incluye una cirugía hospitalaria ambulatoria</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.</p>	<p>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.</p> <p>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 <b>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria</b> en este cuadro.</p> <p>Si se le mantiene en observación después de la visita a la sala de emergencia, no se aplicará el copago de atención de</p>

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

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>trasladar a un hospital de la red para pagar el monto de costos compartidos dentro de la red correspondiente a la parte de su estadía posterior a la estabilización. Si se queda en un hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto de costos compartidos fuera de la red correspondiente a la parte de su estadía posterior a la estabilización.</p>
<p><b>Tarjeta de gastos Flex Advantage para servicios dentales complementarios</b></p> <p>Con este beneficio, recibirá una tarjeta Visa<sup>®</sup> prepaga que le ayudará a pagar algunos de sus desembolsos para determinados servicios dentales complementarios que no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Su tarjeta prepaga Visa<sup>®</sup> se llama <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b>. La tarjeta de gastos Flex Advantage es una tarjeta de débito Visa<sup>®</sup> cargada con crédito al comienzo del año (el 1 de enero) que puede usar para pagar los servicios dentales complementarios cubiertos en cualquier dentista en el país que acepte Visa<sup>®</sup>. Simplemente pase su tarjeta de gastos Flex Advantage en el consultorio dental para pagar cualquier procedimiento dental no cosmético, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Empastes</li> <li>• Extracciones simples</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>Recibirá \$1,500 por año calendario en su <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b> para cubrir servicios dentales suplementarios que no están cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Usted será responsable de cualquier costo que supere el límite anual de \$1,500.</p> <p>El saldo no utilizado caducará al final del año.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raspado</li> <li>• Alisado radicular</li> <li>• Dentaduras postizas</li> <li>• Puentes</li> <li>• Coronas</li> <li>• Tratamientos de conducto</li> <li>• Implantes</li> <li>• Empastes de resina compuesta</li> <li>• Tratamiento con flúor</li> </ul> <p>Los servicios dentales no elegibles con su <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b> incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.</li> <li>• Reemplazo de dentadura postiza, puentes, empastes, recubrimientos o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal.</li> <li>• Cirugía electiva, como, por ejemplo, extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluidos terceros molares.</li> <li>• Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según lo determinado por el plan.</li> <li>• Servicios dentales con cobertura de nuestros beneficios para pacientes hospitalizados y externos, incluyendo servicios proporcionados por un dentista o cirujano bucal que 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 o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico.</li> </ul>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>También podrá usar su tarjeta de gastos Flex Advantage para pagar medicamentos de venta libre (OTC) elegibles y artículos relacionados con la salud en comercios participantes y tiendas en línea aprobadas por el plan. Consulte la sección “<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>” a continuación en esta Tabla de beneficios médicos para obtener detalles sobre su beneficio OTC y cómo puede usar su tarjeta de gastos Flex Advantage para pagar artículos OTC elegibles.</p>	
<p> <b>Programas de educación de salud y bienestar</b></p> <p><b><u>Subsidio para el bienestar</u></b></p> <p>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 prestaciones médicas. 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consultas de acupuntura no cubiertas por su beneficio médico (deben ser realizadas por un acupuntor con licencia).</li> <li>2. Programas de educación sanitaria basados en evidencia, como los patrocinados por el proveedor, Healthy Living Center of Excellence (<a href="http://www.healthyliving4me.org">www.healthyliving4me.org</a>), Arthritis Foundation® (<a href="http://www.arthritis.org/health-wellness">www.arthritis.org/health-wellness</a>) y Triple-A (<a href="http://www.aaa.com">www.aaa.com</a>). Otros ejemplos concretos son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de autocontrol para enfermedades crónicas</li> <li>• Programas de mejora o seguridad de los conductores</li> <li>• Healthy IDEAS (<a href="http://www.healthyyideasprograms.org">www.healthyyideasprograms.org</a>)</li> <li>• Powerful Tools for Caregivers (<a href="http://www.powerfultoolsforcaregivers.org">www.powerfultoolsforcaregivers.org</a>)</li> </ul> </li> </ol>	<p>El plan le reembolsa hasta \$185 por año calendario para actividades, artículos o programas elegibles. Usted pagará todos los cargos que superen \$185 por año calendario. El impuesto sobre las ventas no es reembolsable.</p> <p>Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EnhanceWellness  <a href="http://www.projectenhance.org/enhancewellness">www.projectenhance.org/enhancewellness</a></li> </ul> <p>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).</p> <p>4. Beneficio de acondicionamiento físico, que consta de tres partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un monitor de acondicionamiento físico o de ritmo cardíaco por año (incluye relojes inteligentes, como el Apple Watch).</li> <li>• 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.</li> <li>• 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).</li> </ul> <p>✓ 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</p>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>gimnasios suelen ser más pequeños que los centros de acondicionamiento físico y cuentan con pocos equipos cardiovasculares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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.</li> <li>✓ 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.</li> <li>✓ 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.</li> <li>✓ 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.</li> <li>✓ Centro comunitario/para personas mayores: un espacio centralizado donde los miembros de una comunidad se reúnen para jugar, hacer ejercicio, comer y recibir educación. Un centro de personas mayores es un tipo de un centro comunitario para adultos mayores.</li> </ul>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>La prestación 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.</p> <p>5. Los siguientes tratamientos alternativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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-cuerpo incluyen la biorretroalimentación, la imaginación y los ejercicios de respiración.</li> </ul>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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<sup>®</sup>; dispositivos de biorretroalimentación para uso doméstico, como RESPeRATE<sup>®</sup>; 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.</p> <p>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.</p> <p>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 <a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.</p>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b><u>Programas de control del peso</u></b></p> <p>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 o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o insumos.</p> <p>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 <a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.</p>	<p>El plan les reembolsará a los miembros hasta un máximo de \$150 por año calendario, que se incluirá en los cobros del programa para los programas de pérdida de peso.</p> <p>Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.</p> <p>El subsidio para los programas de control del peso y el subsidio para bienestar son subsidios individuales.</p>
<p><b>Servicios para la audición</b></p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes auditivos de diagnóstico.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>Usted paga \$40 por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 y se aplicará el copago correspondiente al examen auditivo de diagnóstico.</li>   <li>● Colocación de prótesis auditiva*</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por un examen auditivo de rutina anual.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por un examen auditivo anual de rutina.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva recibidas a través de <b>Hearing Care Solutions</b> tienen un costo de \$0.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva realizadas por proveedores que no sean Hearing Care Solutions.</p> <p>Si se realizan exámenes auditivos de rutina o de diagnóstico (ya sean dentro o fuera de la red), es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos *</li> </ul> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hearing Care Solutions (HCS)</b> es un proveedor de prótesis auditivas dentro de la red con el que se puede comunicar al 1-866-344-7756.</li> <li>• El formulario de prótesis auditiva mencionado en la columna de la derecha está disponible a través de <b>HCS</b> en el número indicado anteriormente. Las prótesis auditivas que no figuren en el formulario de <b>HCS</b> no están cubiertas.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Es elegible para recibir hasta 2 prótesis auditivas cubiertas por año (1 prótesis auditiva por oído) a través de <b>Hearing Care Solutions.</b></p> <p>Para estar cubiertas, las prótesis auditivas deben estar en el formulario de <b>Hearing Care Solutions</b> y deben ser adquiridas a través de <b>Hearing Care Solutions.</b></p> <p>Usted paga un copago por cada prótesis auditiva cubierta, y la cantidad a la que asciende el copago depende del tipo de prótesis auditiva comprada a través del formulario de <b>Hearing Care Solutions.</b></p> <p>\$250 de copago para prótesis auditivas de nivel Standard.</p> <p>\$475 de copago para prótesis auditivas de nivel Superior.</p>

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

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>\$650 de copago para prótesis auditivas de nivel Advanced.</p> <p>\$850 de copago para prótesis auditivas de nivel Advanced Plus.</p> <p>\$1,150 de copago para prótesis auditivas de nivel Premier.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> No se cubren las prótesis auditivas solicitadas a través de proveedores que no sean Hearing Care Solutions.</p>
<p> <b>Exámenes de detección del VIH</b></p> <p>Para personas que piden exámenes de detección del VIH o que tienen un riesgo mayor de tener VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo de detección del VIH cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los exámenes preventivos de detección del VIH cubiertos por Medicare.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de una agencia de atención médica a domicilio</b></p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipos y suministros médicos</li> </ul>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coseguro por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Terapia de infusión a domicilio</b></p> <p>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</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por servicios de terapia de</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (p. ej., una bomba) y suministros (p. ej., tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, como servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención</li> <li>• Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero</li> <li>• Monitoreo remoto</li> <li>• 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</li> </ul>	<p>infusión a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coseguro por servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>El <i>Directorio de farmacias 2025</i> indica los proveedores de infusión a domicilio en nuestra red. Hay un <i>Directorio de farmacias</i> actualizado en nuestro sitio web <a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un <i>Directorio de farmacias</i>.</p>
<p><b>Cuidados de hospicio</b></p> <p>Es elegible para los beneficios de hospicio cuando el médico y el director médico del centro de hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses de vida o menos 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</p>	<p>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</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor</li> <li>• Cuidado de relevo a corto plazo</li> <li>• Atención a domicilio</li> </ul> <p>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.</p> <p><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 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.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no están relacionados con el pronóstico terminal:</u> 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<p>pronóstico terminal, no Tufts Medicare Preferred Access.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos del plan por el servicio fuera de la red.</li> </ul> <p><u>Para servicios que están cubiertos por Tufts Medicare Preferred Access pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</u> Tufts Medicare Preferred Access seguirá con la cobertura de los servicios cubiertos del plan que no están cubiertos por Parte A o Parte B o que estén o no relacionados con un pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección 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, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué pasa si usted está recibiendo cuidados de hospicio certificados por Medicare?</i>).</p> <p><b>Nota:</b> 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.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios de Medicare Parte B cubiertos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas contra la neumonía</li> <li>• 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</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo alto o medio de contagio</li> <li>• Vacunas contra la COVID-19</li> <li>• Otras vacunas si está en riesgo y cumple las reglas de cobertura de Medicare Parte B</li> </ul> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>No debe pagar coseguro, 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.</p> <p>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 <b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</b> de esta Tabla de beneficios médicos para conocer los costos compartidos correspondientes.</p> <p>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.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>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 Parte D.</p>
<p><b>Evaluación de seguridad en el hogar</b>  <b>Servicios adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred</b></p> <p>La evaluación de seguridad a domicilio se realiza cuando el proveedor del cuidado de la salud 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen de levantarse y caminar</li> <li>2. Revisión de medicamentos</li> <li>3. Antecedentes detallados de caídas, problemas de equilibrio o incontinencia</li> <li>4. Una evaluación de si el dolor o los problemas en las articulaciones pueden contribuir al riesgo de caídas</li> <li>5. Un examen de detección de la audición y la vista</li> <li>6. La evaluación de habitaciones comunes en el hogar (sala, cocina, cuarto y baño) para riesgos en el entorno (tapetes, cables, iluminación, pasamanos)</li> </ol>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$0 por una evaluación de seguridad a domicilio cuando se obtiene de un proveedor del plan.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga el 50 % de coseguro por una evaluación de seguridad a domicilio cuando se obtiene de un proveedor que no pertenece al plan.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Incluye hospitales de atención aguda o de rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en 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.</p> <p><u>Para atención en un hospital de atención aguda general</u>, usted está cubierto por los días que sean médicamente necesarios, no hay límite. Los períodos de beneficio de Medicare no se aplican a estancias en hospitales de atención aguda.</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga \$400 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</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><u>Para atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo</u>, 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</p>	<p>enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente y requerirá un copago independiente de \$400 por día para los días del 1 al 5 y \$0 después del día 5 en el hospital de atención aguda.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga el 45 % de coseguro por estadía. Si necesita un nivel de atención superior que requiera el traslado a otro hospital de atención aguda fuera de la red para continuar su tratamiento, se aplicará el 45 % de coseguro al costo total de su atención en todos los hospitales de atención aguda fuera de la red. Un traslado desde otro centro, como un centro de rehabilitación aguda o de enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>limitada por el uso anterior, parcial o total de estos días, que solo pueden usarse una vez durante toda la vida.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria)</li> <li>• Comidas que incluyen dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería regular</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidado intensivo o de atención coronaria)</li> <li>• Fármacos y medicamentos</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Uso de dispositivos, como sillas de ruedas</li> <li>• Costos de quirófanos y salas de recuperación</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje</li> <li>• Servicios para pacientes hospitalizados con trastorno por consumo de sustancias</li> <li>• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, pulmón 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</li> </ul>	<p>\$400 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 atención aguda o centro de enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente y requerirá un copago independiente de \$400 por día para los días del 1 al 5 y \$0 después del día 5 por hasta 90 días en el hospital de</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Medicare Preferred Access 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p><b>Nota:</b> 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.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask! [¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!]</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> 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.</p>	<p>rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga el 45 % de coseguro por estadía 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. Si necesita un nivel de atención superior que requiera el traslado a otro hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo fuera de la red para continuar su tratamiento, se aplicará el 45 % de coseguro al costo total de su atención en todos los hospitales de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo fuera de la red. Un traslado desde otro centro, como un hospital de atención aguda o centro de enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>Un periodo 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 periodo 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 periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para paciente hospitalizado en un 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.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización.</p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga \$400 por día para los días 1 al 4 y \$0 después del día 4. Usted tiene un beneficio de salud mental de paciente hospitalizado de máximo 190 días de por vida.</p> <p>Usted paga \$400 por día para los días del 1 al 4 y \$0 después del día 4 por cada estadía relacionada con la salud mental o el trastorno por consumo de sustancias en un hospital general.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga el 45 % de coseguro por estadía. Usted tiene un beneficio de salud mental de paciente hospitalizado de máximo 190 días de por vida.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>Usted paga el 45 % de coseguro por cada estadía relacionada con la salud mental o el trastorno por consumo de sustancias en un hospital general.</p> <p>El límite de 190 días de por vida no se aplica a estadías en un hospital general de atención aguda.</p>
<p><b>Estadía de pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio)</li> <li>• Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y servicios técnicos</li> <li>• Vendaje quirúrgico</li> <li>• Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• 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</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</li> </ul>	
<p><b>Comidas poshospitalización/rehabilitación</b></p> <p>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.</p> <p>Otras afecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• El servicio de entrega de comidas debe iniciarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha del alta.</li> <li>• Un gerente de atención derivará a los miembros al proveedor aprobado por el plan para la entrega de comidas.</li> </ul> <p>Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este beneficio o si desea que lo deriven a un gerente de atención, quien evaluará su elegibilidad y lo derivará al proveedor aprobado por el plan.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Pagas \$0.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Terapia médica de nutrición</b></p> <p>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.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación cara a cara 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 afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico.</p> <p>Un médico debe recetar estos servicios y renovarlos una vez al año si el tratamiento es necesario para el año calendario siguiente.</p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por cada sesión adicional por hora de servicios de terapia médica nutricional cara a cara.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare y las sesiones adicionales de esta terapia.</p>
<p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por el beneficio del MDPP.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).</li> <li>• Medicamentos que se administran con un equipo médico duradero (como un nebulizador) que han sido autorizados por el plan.</li> <li>• 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.</li> <li>• Anticoagulantes que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano.</li> </ul>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Usted paga hasta un 20 % de coseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Parte B.</p> <p>Usted paga \$35 al mes por los medicamentos de insulina cubiertos cuando se usan con una bomba de insulina.</p> <p>Usted paga hasta el 20 % de coseguro por todos los demás medicamentos recetados no quimioterapéuticos de Medicare Parte B.</p> <p>Su tasa de coseguro real para cada trimestre puede variar según el ajuste de los reembolsos aplicables proporcionados por Medicare. Su coseguro no superará el 20 % para todos los medicamentos recetados de Medicare Parte B que no sean insulina.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Debe tener Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener 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 Parte B no los cubre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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, Parte B podrá cubrirlos. Si Parte B no los cubre, Parte D sí lo hará.</li> <li>• 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.</li> <li>• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ERET) si el mismo</li> </ul>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Parte B.</p> <p>Usted paga \$35 al mes por los medicamentos de insulina cubiertos cuando se usan con una bomba de insulina.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por todos los demás medicamentos recetados no quimioterapéuticos de Medicare Parte B.</p> <p><u>Estos medicamentos recetados están cubiertos por 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.</u></p> <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>medicamento está disponible en forma inyectable y la prestación para la ERET de la Parte B lo cubre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos calcimiméticos en el marco del sistema de pago ERET, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv<sup>®</sup> y el medicamento oral Sensipar<sup>®</sup></li> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos</li> <li>• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece de enfermedad renal en etapa terminal (ERET) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Procrit<sup>®</sup> o Retacrit<sup>®</sup>).</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria</li> <li>• Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda)</li> </ul> <p>Categorías de medicamentos de la Parte B para terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades raras</li> <li>• Autoinmunes</li> <li>• Preparados de hierro parenteral</li> <li>• Oncología</li> <li>• Oncología, apoyo</li> <li>• Trastornos de la retina</li> <li>• Inyecciones de triamcinolona acetónido</li> <li>• Viscosuplementos</li> <li>• Toxinas botulínicas</li> <li>• Trastornos endocrinos</li> </ul>	

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>El siguiente enlace lo llevará a una Lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada:  <a href="https://www.point32health.org/provider/wp-content/uploads/sites/2/2024/09/Part-B-Step-Therapy-MNG-Medicare25.pdf">https://www.point32health.org/provider/wp-content/uploads/sites/2/2024/09/Part-B-Step-Therapy-MNG-Medicare25.pdf</a></p> <p>También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo 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.</p>	
<p> <b>Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso sostenida</b></p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b>  No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Suministro y administración de MAT (si procede)</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$25 por encuentro por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios del programa de</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento para el trastorno por consumo de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Exámenes toxicológicos</li> <li>• Actividades complementarias</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> </ul>	<p>tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$30 por día por las 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.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga el 45 % de coseguro por las radiografías cubiertas por Medicare. No hay costo compartido si las</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioterapia y terapia isotópica, que incluye materiales y suministros técnicos</li>   <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones</li> </ul>	<p>radiografías se realizan y se facturan como parte de una visita al consultorio o una visita de atención de urgencia.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$60 por día por visitas de radioterapia cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por visitas de radioterapia cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare; usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio. Si no, paga el 50 % de coseguro.</p>





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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los exámenes de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare. No hay costos compartidos si los exámenes de diagnóstico para pacientes externos se realizan y se facturan como parte de una visita al consultorio o una visita de atención de urgencia.</p> <p>Si se somete a múltiples servicios prestados por distintos proveedores, se aplicarán costos compartidos por separado según corresponda.</p> <p>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 de un médico, como su PCP o especialista.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Observación hospitalaria de pacientes externos</b></p> <p>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.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare 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.</p> <p><b>Nota:</b> 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.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask! [¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!]</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o si llama 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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$390 por cada hospitalización para observación. Si recibe servicios adicionales ambulatorios mientras está bajo observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por hospitalización para observación. Si recibe servicios adicionales ambulatorios mientras está bajo observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales.</p> <p>Usted no paga los costos compartidos de observación hospitalaria para pacientes externos si ingresa como paciente hospitalizado en un plazo de un día por la misma afección (consulte la sección <b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b> en este capítulo para obtener más detalles, incluyendo los costos compartidos que aplican).</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía ambulatoria</li> <li>• Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital</li> <li>• Atención de salud mental, como 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</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos, como entablillados y yesos</li> <li>• Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que puede autoadministrarse</li> </ul> <p><b>Nota:</b> 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 <i>paciente externo</i>. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital.</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a los <b>Servicios de emergencia</b>, consulte <b>Atención de emergencia</b> en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a los <b>Servicios de observación</b>, consulte <b>Observación hospitalaria de pacientes externos</b> en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a la <b>Cirugía ambulatoria</b>, consulte <b>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria</b> en este cuadro.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask! [¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!]</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o si llama 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.</p>	<p>Para conocer los costos compartidos que se aplican <b>a los Exámenes de laboratorio y de diagnóstico, a las radiografías, a los servicios de radiología y a los suministros médicos</b>, consulte <b>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b> en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a la <b>Atención de salud mental y a la hospitalización parcial</b>, consulte <b>Atención de salud mental de pacientes externos y Servicios de hospitalización parcial</b> en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a la <b>Atención por la dependencia de sustancias químicas</b>, consulte <b>Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias</b> en este cuadro.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a los <b>Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo</b>, consulte <b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</b> en este cuadro.</p>
<p><b>Atención de salud mental de pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por citas breves en el consultorio (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>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).</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Usted paga \$30 por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$30 por cada visita de terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare, sin importar el entorno ambulatorio.</p> <p>Usted paga \$0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.</p> <p>Usted paga \$0 por visitas de terapia de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$15 por visitas de terapia de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por cada visita de terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare, sin importar el entorno ambulatorio.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por una consulta de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por visitas de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias</b></p> <p>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</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios cubiertos por Medicare para pacientes externos</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes hospitalizados.</p> <p>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.</p>	<p>con trastorno por consumo de sustancias.</p> <p>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.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios cubiertos por Medicare para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por servicios de hospitalización parcial si un proveedor certifica que el tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ella.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria</b></p> <p><b>Nota:</b> 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.</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$0 por las colonoscopias cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$290 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga \$390 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.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga el 45 % de coseguro por procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Consulte <b>Exámenes de detección de cáncer colorrectal</b> en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga por estos procedimientos.</p> <p>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 <b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b> en este cuadro para conocer los costos compartidos que se aplican en este caso). Si lo dejan hospitalizado bajo observación, aún se aplica el costo compartido.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>Con este beneficio, obtendrá una tarjeta de marca Visa® de doble propósito que se cargará con crédito cada trimestre. Los créditos se cargan el primer día de cada trimestre (en enero, abril, julio y octubre) y caducan el último día de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre).</p> <p>Su se llama <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b>. También puede usar su tarjeta de gastos Flex Advantage para pagar medicamentos de venta libre (OTC) elegibles y artículos relacionados con la salud como se describe a continuación. Los artículos elegibles incluyen productos OTC de marca y genéricos, incluyendo, entre otros, suministros de primeros auxilios, cuidado dental, productos para síntomas de resfriado, protección solar, prótesis auditivas OTC, naloxona OTC y pruebas de COVID para uso en el hogar.</p> <p><b>Compre en tiendas:</b> Pase su <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b> en los comercios minoristas físicos participantes, como CVS, Dollar General, Family Dollar, Rite Aid, Stop &amp; Shop, Walgreens y Walmart. Para obtener una lista completa de las tiendas minoristas participantes y sus ubicaciones, visite <a href="http://thpmp.org/mybenefitscenter">thpmp.org/mybenefitscenter</a>. Seleccione “Locations” (Ubicaciones) en la parte superior de la página de inicio para buscar las ubicaciones de los minoristas participantes cerca de usted.</p> <p>Cuando deslice su <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b>, el costo de todos los artículos elegibles se deducirá automáticamente hasta cubrir el saldo restante de su tarjeta. Será responsable de los costos de todos los artículos que no sean elegibles o de los costos de los artículos elegibles que excedan su saldo restante en el momento de la compra. Puede descargar y utilizar la aplicación móvil OTC Network® para controlar el saldo de su tarjeta y encontrar fácilmente los artículos elegibles cuando compre en los comercios minoristas participantes. La aplicación móvil OTC Network® está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>	<p>Usted recibe \$130 por trimestre calendario para usar en productos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare.</p> <p>Si el costo de los artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare supera el límite del beneficio de \$130 por trimestre calendario, usted es responsable de los costos adicionales.</p> <p>El saldo no utilizado al final de un trimestre calendario no se transferirá al siguiente.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Compre en línea:</b> Vaya a <a href="http://thpmp.org/mybenefitscenter">thpmp.org/mybenefitscenter</a>, inicie sesión usando el número que aparece en su tarjeta de gastos Flex Advantage y su número de identificación de miembro de nueve dígitos de su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health Plan. Puede buscar artículos elegibles, incluidas marcas nacionales y de la tienda, haciendo clic en “Products” (Productos) en la parte superior de la página de inicio. Para comprar en línea, selecciona “Locations” (Ubicaciones) en la parte superior de la página de inicio, luego selecciona “Online” (En línea) en el panel izquierdo para ver los enlaces a <b>CVS Health, Medline, Walmart.com</b> y <b>Walgreens.com</b>. Haga clic en el enlace del sitio donde quiere comprar y siga las instrucciones a continuación para comprar en ese sitio. Para obtener información sobre cómo solicitar artículos OTC, visite <a href="http://thpmp.org/FlexAdvantage">thpmp.org/FlexAdvantage</a>. NOTA: Las compras en sitios web de otros minoristas no califican.</p> <p><b>CVS Health:</b> pida artículos en línea desde el sitio de CVS Health o llame al <b>1-833-875-1816</b>, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 11 p. m., y un representante de CVS Health tomará su pedido.</p> <p><b>Medline:</b> pida sus artículos en línea en el sitio de Medline o llame al <b>1-833-569-2168</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., ET, y un representante de Medline tomará su pedido.</p> <p><b>Walmart.com:</b> pida sus artículos en línea en <a href="http://Walmart.com">Walmart.com</a>. Al finalizar la compra, seleccione pagar con tarjeta e ingrese el número de su <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b>.</p> <p><b>Walgreens.com:</b> pida los artículos en línea en <a href="http://Walgreens.com">Walgreens.com</a>. Al finalizar la compra, ingrese el número de su <b>tarjeta de gastos Flex Advantage</b> en donde se pida el número de la tarjeta.</p>	

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>CVS Health y Medline son sitios selectos en donde solo se puede comprar artículos elegibles. Los artículos OTC que pidas en línea por estos sitios o por teléfono se entregarán sin cargo de envío adicional entre 2 y 5 días hábiles después de recibir el pedido. Llame a Servicios para Miembros de Tufts Health Plan si necesita que le envíen por correo un catálogo impreso con estos sitios.</p> <p>Walmart.com y Walgreens.com no son sitios selectos, por lo que podrás comprar tanto artículos elegibles como artículos que no son elegibles. Sin embargo, solo podrá usar su tarjeta de gastos Flex Advantage para pagar artículos elegibles hasta que agote el saldo de la tarjeta al momento de la transacción. Puede pagar los artículos no elegibles con otro método de pago, como una tarjeta de crédito personal o en efectivo. Además, podrían aplicarse cargos de envío según el volumen del pedido, los cuales no cubriría la tarjeta de gastos Flex Advantage Para evitar cargos de envío, elija la opción de recoger en la tienda.</p> <p>La tarjeta de gastos Flex Advantage es una tarjeta de débito Visa® de propósito doble que también puede usar para pagar los servicios dentales complementarios cubiertos en cualquier dentista en el país que acepte Visa®. Consulte “<b>Tarjeta de gastos Flex Advantage para servicios dentales complementarios</b>” en la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener detalles sobre su beneficio dental suplementario cubierto y cómo puede usar su tarjeta de gastos Flex Advantage para pagar servicios cubiertos.</p>	
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</b></p> <p><i>La hospitalización parcial</i> 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 atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta matrimonial</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de hospitalización parcial o los servicios intensivos para pacientes externos si un proveedor de la red certifica que el</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>y familiar con licencia (LMFT) o del consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p><i>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 que una hospitalización parcial.</i></p>	<p>tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ellos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por servicios de hospitalización parcial o servicios intensivos para pacientes externos si un proveedor certifica que el tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ellos.</p>
<p><b>Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios suministrados en el consultorio del médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, el departamento para pacientes externos del hospital o cualquier otro lugar</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por el PCP o especialista, si el médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico</li> <li>• Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad- renal en etapa terminal</li> </ul>	<p><i><b>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir el monitoreo remoto de pacientes en la red.</b></i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por cada visita electrónica o consulta virtual cubierta con su PCP, otro proveedor primario de cuidados médicos o un especialista.</p> <p>Usted paga \$0 por cada visita o consulta en persona o por telemedicina cubierta en un centro para pacientes</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente del lugar donde usted se encuentre</li> <li>● Servicios de telemedicina para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente del lugar donde se encuentren</li> <li>● Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telemedicina</li> <li>○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina</li> <li>○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias</li> </ul> </li> <li>● Servicios de telemedicina para las visitas de salud mental provistos por las Clínicas de Salud Rurales y los Centros de Salud Calificados Federalmente</li> <li>● Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted no es un paciente nuevo; <b>y</b></li> <li>○ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; <b>y</b></li> <li>○ el chequeo no conduce a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o a la cita más pronto disponible</li> </ul> </li> </ul>	<p>externos con el PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos.</p> <p>Usted paga \$40 por cada visita o consulta en persona o por telemedicina cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista.</p> <p>Usted paga el copago correspondiente al PCP o especialista por los servicios quirúrgicos prestados en el consultorio del médico.</p> <p>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).</p> <p>Usted paga \$0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted no es un paciente nuevo; y</li> <li>○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y</li> <li>○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o a la cita más pronto disponible</li> </ul> </li> <li>● Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico</li> <li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía</li> <li>● 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)</li> <li>● Examen médico anual (un examen más a fondo que la consulta 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</li> <li>● 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</li> </ul>	<p>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).</p> <p>Usted paga \$0 por una cita de cuidados paliativos en el consultorio.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$0 por cada visita o consulta cubierta en un centro para pacientes externos con su PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos.</p> <p>Usted paga \$40 por cada visita o consulta cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista.</p> <p>Usted paga el copago correspondiente al PCP o especialista por los servicios quirúrgicos prestados en el consultorio del médico.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>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).</p> <p>Usted paga \$0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita en el consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p> <p>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).</p> <p>Usted paga \$0 por una cita de cuidados paliativos en el consultorio.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Servicios de telemedicina adicionales no cubiertos por Medicare, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de médicos de atención primaria (PCP) y otros profesionales del cuidado de la salud (PA y NP)</li> </ul>	<p>Consulte <b>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria</b> en este cuadro para conocer los costos compartidos 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.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por cada visita o consulta de telemedicina cubierta con el PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Los servicios de telemedicina adicionales fuera de la red no están cubiertos.</p>



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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de observación</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$390 por hospitalización por los servicios de observación recibidos a través de telemedicina. Para obtener información adicional, consulte la sección <b>Observación hospitalaria de pacientes externos</b> de este cuadro.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Los servicios de telemedicina adicionales fuera de la red no están cubiertos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de educación sobre enfermedades renales</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios educativos sobre la insuficiencia renal recibidos a través de telemedicina.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Los servicios de telemedicina adicionales fuera de la red no están cubiertos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes recibidos a través de telemedicina.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de urgencia</li>   <li>○ Servicios de fisioterapia y patología del habla-lenguaje</li>   <li>○ Monitoreo remoto de pacientes (RPM)</li> </ul>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Los servicios de telemedicina adicionales fuera de la red no están cubiertos.</p> <p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por cada servicio de urgencia que reciba a través de telemedicina.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$30 por cada servicio de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje recibido a través de telemedicina.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Los servicios de telemedicina adicionales fuera de la red no están cubiertos.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes que presta su PCP o especialista.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Los servicios de monitoreo remoto de pacientes no están cubiertos fuera de la red.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cobertura adicional de telemedicina 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)</li> <li>• Los servicios de telemedicina adicionales están cubiertos con sus proveedores existentes desde cualquier ubicación</li> <li>• Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telemedicina</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones)</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones que afectan las extremidades inferiores (como, entre otras, la diabetes)</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres mayores de 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de tacto rectal</li> <li>• Examen del antígeno específico de la próstata (PSA)</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por cada examen de tacto rectal cubierto por Medicare.</p> <p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el examen anual del PSA.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</b></p> <p>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 protésicos 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 <b>Atención de la vista</b> más adelante en esta sección.</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para obtener cobertura, el dispositivo o suministro debe <b>estar cubierto por el plan; ser médicamente necesario</b>; y, en algunos casos, contar con una <b>autorización previa</b> para los proveedores en la red.</li> <li>• 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&amp;P) pertenece a nuestra red, llame a Servicios para Miembros.</li> </ul>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coseguro cuando un proveedor emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&amp;P) de la red.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coseguro cuando un proveedor emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&amp;P) fuera de la red.</p> <p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Artículos adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred Access</b></p> <p>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.</p> <p>Medias de compresión gradiente: hasta 2 pares cada 6 meses O medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses.</p> <p>Mangas para mastectomía para miembros con diagnóstico de linfedema posterior a una mastectomía: hasta 2 mangas cada 6 meses.</p> <p>Nota: Tufts Medicare Preferred Access 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.</p> <p><b>Insumos médicos</b></p> <p>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.</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coseguro cuando un proveedor emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&amp;P) de la red.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coseguro cuando un proveedor emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&amp;P) fuera de la red.</p> <p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare; usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>como parte de una visita al consultorio.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare; usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses.</p> <p><b>Miembros elegibles son:</b> 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.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe 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 proveer una</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>orientación sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una visita para tomar decisiones en conjunto para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para esas visitas.</p>	
<p> <b>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenirlas</b></p> <p>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.</p> <p>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 ITS. 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.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y orientación para prevenirlas cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades del riñón</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 por toda la vida</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Usted paga el 20 % de coseguro por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay costos compartidos por servicios de educación de enfermedad renal.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es hospitalizado para atención especial)</li> <li>• Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el hogar</li> <li>• 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)</li> <li>• 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 <b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B.</b></li> </ul>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios de capacitación sobre enfermedades del riñón.</p>
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>(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).</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Por cada ingreso, pagará \$0 por día para</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria)</li> <li>● Comidas, que incluyen dietas especiales</li> <li>● Servicios de enfermería especializada</li> <li>● Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>● 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)</li> <li>● Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita</li> <li>● Suministros médicos y quirúrgicos que por lo general los proporcionan en un SNF</li> <li>● Análisis de laboratorio que por lo general se realizan en un SNF</li> <li>● Radiografías y otros servicios radiológicos que por lo general se realizan en un SNF</li> <li>● Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que por lo general se proveen en un SNF</li> <li>● Servicios médicos</li> </ul> <p>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.</p>	<p>los días del 1 al 20 de un período de beneficios, \$190 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.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por cada ingreso, hasta 100 días.</p> <p>Un periodo 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 periodo 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 periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que recibe el alta del hospital</li> </ul>	
<p> <b>Dejar de fumar o de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco)</b></p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> 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.</p> <p><u>Si consume tabaco y tiene un diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> 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.</p> <p>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.</p> <p>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 <a href="http://www.mass.gov/take-the-first-step-toward-a-nicotine-free-life">www.mass.gov/take-the-first-step-toward-a-nicotine-free-life</a> o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).</p> <p>Consulte el formulario de Tufts Medicare Preferred Access para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI)</b></p> <p>El programa de gestión de la atención de Tufts Medicare Preferred incluye los beneficios adicionales que se describen a continuación para miembros con condiciones crónicas que califiquen, según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>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.</b></li> <li>• <b>Oxímetro de pulso suministrado por un proveedor de DME aprobado por el plan.</b></li> </ul> <p>Las enfermedades crónicas cubiertas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)</li> <li>• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Demencia</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal (ERET)</li> <li>• Accidentes cerebrovasculares y afecciones relacionadas</li> </ul> <p>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.</p> <p>Para ser elegible, un miembro debe ser diagnosticado con una o más de las condiciones crónicas mencionadas anteriormente <b>y</b> también debe participar en el programa de gestión de la atención de Tufts Medicare Preferred.</p> <p>Para acceder a estos beneficios, los gerentes de atención trabajarán con los miembros elegibles para evaluar sus necesidades y, si es necesario, derivarlos al proveedor aprobado</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>Usted paga \$0 por el transporte cubierto que no sea de emergencia, sujeto a los siguientes límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 viajes de ida y vuelta a la semana (156 viajes de ida y vuelta al año) para miembros con ERET.</li> <li>• 12 viajes de ida y vuelta al año para miembros que no fueron diagnosticados con ERET ni con ninguna otra de las condiciones crónicas cubiertas.</li> <li>• Máximo de 75 millas por cada viaje de ida y vuelta.</li> </ul> <p>Usted paga un coseguro 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.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>por el plan que corresponda para que reciban los beneficios elegibles adecuados.</p> <p>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.</p>	
<p><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</b></p> <p>La terapia de ejercicios supervisada (SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).</p> <p>Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico</li> <li>• Proporcionarle personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD</li> <li>• 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</li> </ul>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</i></p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>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.</p>	
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>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.</p> <p>Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de urgencia.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. <b>No</b> puede evadir el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado en un plazo de un día por la misma afección.</p> <p>Consulte la sección <b>Atención de emergencia</b> en esta Tabla de beneficios médicos para conocer los costos compartidos que se aplican a una visita de atención de urgencia en una sala de emergencias.</p>
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por cada visita para pacientes</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios para el diagnóstico y tratamiento de cataratas se consideran diagnósticos y se aplicará el copago indicado en esta sección.</li> <li>• Consulte la información adicional a continuación para conocer la cobertura de los exámenes oftalmológicos de rutina.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>externos cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección del ojo.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por una prueba anual de detección de glaucoma realizada por un proveedor de la red si tiene un alto riesgo. 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.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por visita por una prueba anual de detección de glaucoma si tiene un alto riesgo. Puede acudir a cualquier proveedor de la vista autorizado que acepte pacientes de Medicare en los EE. UU. y que no haya decidido retirarse de Original Medicare.</p>





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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y estarán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen oftalmológico completo.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>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 terapéuticos. Cuando se acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia cuando se obtienen de un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red de 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 terapéuticos. Cuando se acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen oftalmológico de rutina cada año calendario.</li> </ul>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$0 por un examen oftalmológico de rutina anual cuando lo realiza un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita en el consultorio, 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.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga \$40 por un examen oftalmológico de rutina anual cuando lo realiza un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red de EyeMed Vision Care. 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.</p>

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

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p>La asignación anual se puede usar para adquirir características adicionales para anteojos terapéuticos o cubiertos por Medicare, o para anteojos correctivos o de rutina.</p> <p>Para comunicarse con EyeMed Vision Care en caso de que tenga preguntas sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b></p> <p>Para tener acceso al beneficio anual de anteojos, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor.</p> <p>Si escoge un proveedor participante de EyeMed Vision Care, tendrá un beneficio de \$250 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar cualquier saldo restante. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación.</p> <p>Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Recibiría un reembolso de hasta \$250 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.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>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.</p> <p>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 descritas en las cinco primeras viñetas. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los beneficios de la vista.</p>
<p> <b>Visita preventiva de Bienvenida a Medicare</b></p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i>. 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 derivaciones a otra atención, si es necesario.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenida a Medicare</i> 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 <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>Usted paga \$30 por día por un único electrocardiograma cubierto por Medicare ordenado como resultado de su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$0 por la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p> <p>Usted paga el 45 % de coseguro por un único electrocardiograma cubierto por Medicare ordenado como resultado de su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>
<p><b>Pelucas</b></p> <p>Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer.</p> <p>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 <a href="http://www.thpmp.org">www.thpmp.org</a>. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> El plan cubre hasta \$500 por año calendario.</p> <p>Para tener acceso al beneficio de pelucas, puede comprar la peluca en cualquier proveedor.</p> <p>Los acuerdos de facturación son entre usted y el proveedor. Es posible que se le pida que realice el pago completo al momento</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>del servicio. Si paga un desembolso, entonces puede enviar una solicitud de reembolso al plan.</p> <p>Para presentar una solicitud de reembolso, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de reclamación (el número de Servicios para Miembros aparece en la contratapa de este documento).</p> <p>Si el costo de la peluca excede el límite del beneficio (\$500), usted es responsable de todos los cargos adicionales.</p>

### **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

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

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.

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.</li> <li>• Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el subsidio para bienestar. Consulte la descripción del beneficio de Subsidio para el bienestar para obtener detalles completos.</li> </ul>
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro corporal con malformación.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p>Cuidado de relevo.</p> <p>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).</p>	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden estar cubiertos por Original Medicare de acuerdo con un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</li> </ul> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
Reservas de cama para atención extendida.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
Se cobra una tarifa por el cuidado proporcionado por parientes directos o miembros de su grupo familiar.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
Comidas con entrega a domicilio.		Se cubre hasta 2 comidas por día durante 14 días después del alta. Para más información, consulte <b>Comidas poshospitalización/rehabilitación</b> en la Sección 2.1 de esta “Tabla de beneficios médicos” para más detalles.
Servicios de auxiliar de salud a domicilio sin otros servicios de especialidad en el lugar.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
Servicios de atención médica a domicilio, como auxiliar de salud a domicilio o enfermería especializada constante por más de 2 horas por vez.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
Atención dental que no es de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para paciente hospitalizado o externo.</li> <li>• Es posible que se cubran servicios adicionales bajo el beneficio de la tarjeta de gastos Flex Advantage. Consulte <b>Tarjeta de gastos Flex Advantage para servicios dentales complementarios</b> en la Sección 2.1 de esta “Tabla de beneficios médicos” para obtener todos los detalles.</li> </ul>
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 personas con enfermedad del pie diabético.</li> </ul>
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierta solo cuando sea médicamente necesaria.</li> </ul>
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta sin receta.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
Atención quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta.</li> <li>• Evaluación inicial cubierta una vez por año calendario.</li> </ul>
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible que se cubran algunos servicios bajo el beneficio de la tarjeta de gastos Flex Advantage. Consulte <b>Tarjeta de gastos Flex Advantage para servicios dentales complementarios</b> en la Sección 2.1 de esta “Tabla de beneficios médicos” para obtener todos los detalles.</li> </ul>
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratometría radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para defectos de visión.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• El examen oftalmológico de rutina está cubierto una vez por año calendario.</li> <li>• Antejos estándar (lentes recetados, armazones o una combinación de ambos) o lentes de contacto, incluyendo</li> </ul>

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
		características adicionales, todos los años calendario con hasta una asignación de \$250.
Cuidado de rutina de los pies.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Alguna cobertura limitada que se provee de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</li> </ul>
Exámenes auditivos de rutina, prótesis auditivas o exámenes para ajuste de prótesis auditivas.		<ul style="list-style-type: none"> <li>El examen auditivo de rutina está cubierto una vez por año calendario.</li> <li>La evaluación y el ajuste de prótesis auditivas están cubiertos.</li> <li>La cobertura incluye hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído, solo en proveedores de Hearing Care Solutions.</li> <li>Las prótesis auditivas OTC están cubiertas bajo el beneficio de venta libre (OTC).</li> </ul>
Servicios que se consideran no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	
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.		<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Los miembros con ciertas condiciones crónicas reciben transporte adicional no de emergencia a citas y otros</li> </ul>

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna circunstancia</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
		<p>lugares aprobados por el plan (por ejemplo, servicios de transporte compartido y vans) con el proveedor autorizado por el plan. Consulte <b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</b> en la Sección 2.1 de esta “Tabla de beneficios médicos” para más detalles.</p>

# **CAPÍTULO 5:**

*Uso de la cobertura del plan para  
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 que 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 en este capítulo).
- 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 en 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 todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos 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 proveedores*, visitar nuestro sitio web ([www.thpmp.org](http://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. En el *Directorio de proveedores* se 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. O si la farmacia que ha estado usando sigue dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, le recomendamos cambiarse a una red diferente o farmacia preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org).

### **¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?**

A veces las 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 al Programa de Salud para Indígenas Tribal o 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 de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores* ([www.thpmp.org](http://www.thpmp.org)) o llamar a Servicios para Miembros.

### **Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios 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](http://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. En el *Directorio de proveedores* ([www.thpmp.org](http://www.thpmp.org)) se le indica qué farmacias de 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 provea servicio las 24 horas al día.
- 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. 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 vez 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 y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y que el medicamento se utilice según una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada corresponde al uso de un medicamento que está:

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

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 más complejos que los medicamentos 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.
- 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.

- 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).

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 recetados 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](http://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 sus proveedores 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.

Tome en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista. 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 o su proveedor para obtener cobertura para el 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).

### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica**

Por lo general, un medicamento **genérico** funciona igual que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos. **Cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica.** Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

### **Obtener la aprobación 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?**

---

<h3><b>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</b></h3>
--

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 ofrecer 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 **90 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 **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para 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 esos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) 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. El médico también puede solicitar una excepción de la cobertura para el medicamento no cubierto según la revisión

de necesidad médica a continuación del proceso estándar de excepción que se describió 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 reciba 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 para usted 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 podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**

- **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 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 nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios de inmediato en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
  - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos de inmediato un medicamento similar de la lista, movamos el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos hacer estos cambios de inmediato y avisarle después, incluso si usted está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le comentaremos sobre los cambios específicos que hicimos.

- **Agregar medicamentos a la lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con un aviso anticipado.**
  - 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 ciertas 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 de medicamentos 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 a su uso del 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), entonces 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.

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

---

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 y 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 el medicamento al plan. 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 proveedores* ([www.thpmp.org](http://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 prestaciones 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 del plan del empleador o grupo 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 administrarlos**

---

### **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 usted está tomando otro medicamento similar 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 de determinados médicos
- Limitar 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 médico o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que debemos 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 activo 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 sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificarlo, usaremos el término “*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 “**costos compartidos**” y le pueden pedir pagar de tres maneras, las cuales se enumeran a continuación:

- **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 coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento 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 de este folleto):

- 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.
- Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuentos del Período sin cobertura de Medicare se incluyen en sus desembolsos. Se incluye la cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye la cantidad que paga el plan por medicamentos genéricos.

### **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:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- 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 Parte A o 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).
- Los 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 obtiene el medicamento**

---

### **Sección 2.1 ¿Cuáles son los períodos de pago de medicamentos para los miembros de Tufts Medicare Preferred Access?**

Hay tres **períodos de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados con Tufts Medicare Preferred Access. El monto que pague dependerá del período en el que se encuentre cuando le surtan o resurtan una receta. Encontrará detalles sobre cada periodo 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 que 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 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 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 reporte 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 u 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 estos 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.

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

---

- 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 y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, el Servicio de Salud para Indígenas 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 Access**

---

No hay deducible para Tufts Medicare Preferred Access. 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**

---

<b>Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta</b>
---

Durante el Período de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su cantidad de copago o coseguro). 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 (DE), 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 (DE), 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 \$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 \$35 por un suministro para un mes 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).

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
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen 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 proveedores y farmacias* del plan, disponible en [www.thpmp.org](http://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 coseguro.

Como se muestra en la tabla a continuación, la cantidad del copago o coseguro 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:**

	<b>Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos de farmacia minorista preferidos (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos del pedido por correo</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC)</b> (suministro hasta para 31 días)	<b>Costos compartidos fuera de la red</b> (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
<b>Nivel<sup>1</sup></b>					
<b>Nivel 1 de costos compartidos</b> (Genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos de uso habitual y de bajo costo y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como	\$14	\$0	\$0	\$0	\$14

<sup>1</sup> No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

Nivel <sup>1</sup>	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 seleccionados para la disfunción eréctil [DE], vitaminas y minerales, y productos para la tos y el resfriado).					
Nivel 2 de los costos compartidos (Genéricos: incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [DE], vitaminas y minerales, y productos para la tos o el resfriado).	\$20	\$8	\$8	\$8	\$20

<sup>1</sup> No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

<b>Nivel<sup>1</sup></b>	<b>Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos de farmacia minorista preferidos (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos del pedido por correo</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC)</b> (suministro hasta para 31 días)	<b>Costos compartidos fuera de la red</b> (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
<b>Nivel 3 de los costos compartidos</b> (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).	23 %	23 %	23 %	23 %	23 %
<b>Nivel 4 de los costos compartidos</b> (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).	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %

<sup>1</sup> No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

<b>Nivel<sup>1</sup></b>	<b>Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos de farmacia minorista preferidos (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos del pedido por correo</b> (suministro hasta para 30 días)	<b>Costos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC)</b> (suministro hasta para 31 días)	<b>Costos compartidos fuera de la red</b> (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
<b>Nivel 5 de los costos compartidos</b> (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).	33 %	33 %	33 %	33 %	33 %
<b>Nivel 6 de los costos compartidos</b> (Nivel de vacunas).	\$0	\$0	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6	\$0	\$0

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

<sup>1</sup> No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

### **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 coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro 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:**

<b>Nivel<sup>1</sup></b>	<b>Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 90 días)	<b>Costos compartidos de farmacia minorista preferidas (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 90 días)	<b>Costos compartidos del pedido por correo</b> (suministro hasta para 90 días)
<b>Nivel 1 de costos compartidos</b> (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 [DE], vitaminas y minerales, y productos para la tos y el resfriado).	\$42	\$0	\$0
<b>Nivel 2 de costos compartidos</b> (Genéricos: incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [DE], vitaminas y minerales, y productos para la tos o el resfriado).	\$60	\$24	\$16

<sup>1</sup> 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.

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

<b>Nivel<sup>1</sup></b>	<b>Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 90 días)	<b>Costos compartidos de farmacia minorista preferidas (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 90 días)	<b>Costos compartidos del pedido por correo</b> (suministro hasta para 90 días)
<b>Nivel 3 de costos compartidos</b> (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).	23 %	23 %	23 %
<b>Nivel 4 de costos compartidos</b> (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).	50 %	50 %	50 %

<sup>1</sup> 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.

<b>Nivel<sup>1</sup></b>	<b>Costos compartidos de farmacia minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 90 días)	<b>Costos compartidos de farmacia minorista preferidas (dentro de la red)</b> (suministro hasta para 90 días)	<b>Costos compartidos del pedido por correo</b> (suministro hasta para 90 días)
<b>Nivel 5 de costos compartidos</b> (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).	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
<b>Nivel 6 de costos compartidos</b> (Nivel de vacunas).	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6.

**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.

<sup>1</sup> 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.

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 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 Parte B. Otras vacunas se consideran como medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas indicadas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos 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 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 ciertas vacunas).

- 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 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, tendrá que pagar 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 otras vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que pagó menos los coseguros 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 donde 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 cubrirlos, 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 un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

Cuando recibe atención de un proveedor que no está en nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo (si se trata de un proveedor fuera de la red, su parte del costo puede ser mayor en comparación con un proveedor de la red). Pídale al proveedor que le cobre al plan por nuestra parte del costo.

- Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted 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.

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

---

- Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio, determinaremos la cantidad adeudada y le pagaremos nuestra parte del costo.
- Toma en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en casos de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

**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.

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

---

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 en el plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción del 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 la devolución del dinero que pagó. 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 el pago o cómo pagar una factura que haya recibido**

---

### **Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago**

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](http://www.thpmp.org)) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

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

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

Envíe por correo su solicitud de pago de recetas de la Parte D, junto con cualquier factura o recibo pagado, a esta dirección:

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

Envíe por correo su solicitud de pago de atención de la vista, junto con cualquier factura o recibo pagado, a esta dirección:

First American Administrators  
A la atención de: OON Claims  
P.O. Box 8504  
Mason, OH 45040-7111

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros. Si no sabe lo que debe haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarlo. También puede llamar si nos quiere dar más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

---

## **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. Si presenta 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**

---

<p><b>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.)</b></p>
---

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, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para 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, llame para presentar 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 a la Oficina de Derechos Civiles a través del 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

**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, 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, español, 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.

Se requiere que nuestro plan brinde 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 donde no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio 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 la salud de la mujer o para encontrar a un especialista de la red, llame para presentar una queja 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 a 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 elegir un proveedor en la red del plan. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujeres (como un ginecólogo) sin un referido y seguir pagando el monto de costos compartidos dentro de la red.

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.

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.

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 Access, 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. En los Capítulos 5 y 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito 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 solicitar 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:

- Llenar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si es que alguna vez se vuelve incapaz de tomar las decisiones por sí 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.

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 entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en el formulario para tomar las decisiones por usted si es que usted no puede. Le recomendamos entregar 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 las instrucciones de la misma, 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 **programa 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 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 programa 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 “Derechos y protecciones de Medicare” (la publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://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: 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, póngase en contacto 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 de salud 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 otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe seguir pagando su 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 Parte D debido a su ingreso anual, debe seguir pagándola directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, 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 servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también

desea ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

### **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 ningún plan de salud de una compañía de seguros. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos debería usar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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 las 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 atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluyendo el pago). Para simplificarlo, solemos 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 servicios**

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. Por ejemplo, si el médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación 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 derivado 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 un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 desestimarán 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 por para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

## Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y 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, las cuales analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** 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 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**.

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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 para los centros de servicios 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [www.thpmp.org](http://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 o 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 para solicitar el formulario de *Designación de representante de los centros de servicios 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf), o en nuestro sitio web, [www.thpmp.org](http://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, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En 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 cree que esta atención 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”**.

### **Paso 1: 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 o 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:

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- *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. En el Capítulo 2 se brinda 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.*

**Una decisión estándar de cobertura significa que le comunicaremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **por 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 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 tomar 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

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

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. En el Capítulo 2 se brinda información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se brinda información de contacto.
- **Debe 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 lo pueda beneficiar, **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.

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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 haber recibido 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 lo pueda beneficiar, **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

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

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 medicamento recetado de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de haber recibido 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.

**Solicitar el reembolso significa solicitar 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 ha pagado es un servicio cubierto. 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 el costo dentro de 30 días calendario, con un máximo de 60 días calendario, después de recibir su solicitud. Si no ha pagado por los servicios, 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 los servicios 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 presentar esta apelación, siga el proceso 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**

---

<p><b>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</b></p>
---

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:

- Solicitarnos que cubramos 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 decisión de cobertura. 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 de excepción, 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**”.

**Paso 1: 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** desde que recibimos la declaración del médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** desde que recibimos 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 su 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 informa 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* o en el formulario de nuestro plan, disponible en nuestro sitio web ([www.thpmp.org](http://www.thpmp.org)). En el Capítulo 2 se brinda 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 proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 24 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 un medicamento que no ha recibido*

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir la 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.

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- **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 para 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 avanza 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*

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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, su representante, su 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, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se brinda información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud enviada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, disponible en nuestro sitio web ([www.thpmp.org](http://www.thpmp.org)). Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar la solicitud de apelación dentro de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación escrita en la que enviamos nuestra respuesta a su solicitud de una 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.

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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 para 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 haber recibido 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) de cobertura para atención médica. (Esto se llama “**confirmar la decisión**”. También se llama “**rechazar la apelación**”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta.

- Explicar su decisión.

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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 lo dará 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 la notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente 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 está aceptando una fecha de alta.
- 3. Mantenga su copia** de la notificación a mano para que tenga 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 verla en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://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.

**Paso 1: 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.

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- **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](http://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.**

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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 tomaron en 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.

**Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación y pasar 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 a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos 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* 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 su atención durante un período de tiempo 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 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 proveen 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 la rechazan, **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 reconsideren la decisión que tomaron 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.

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

- 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 abogado de arbitraje.

**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 a 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 como presentar 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.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	<b>Un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador que trabaja para el gobierno federal</b> revisará la apelación y le informará de la respuesta.
-----------------------------	--

- **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*.** 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 la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de Derecho Administrativo o juez mediador.
  - 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 el servicio 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.

<b>Apelación de Nivel 4</b>	<b>El Consejo de Apelaciones de Medicare</b> (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 *puede o no haber terminado*.** 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 el servicio 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, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
  - 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 informará de la 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 abogado de arbitraje **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 no es favorable, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
  - 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.

## Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

**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 no es favorable, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.
  - 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 que reciba 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 presentar una queja sobre la calidad de 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en un hospital)?</li> </ul>

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Reclamo	Ejemplo
<b>Respeto por su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿No está satisfecho con nuestro Servicios para Miembros?</li> <li>• ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla?</li> <li>• ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud?</li> </ul> <p>¿O nuestro Servicios para Miembros u otro personal del plan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para conseguir una receta.</li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está disconforme con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?</li> </ul>
<b>Información que le entregamos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le hemos dado la notificación requerida?</li> <li>• ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Estos tipos de reclamos están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relativas a las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos solicitó una <i>decisión rápida de cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i> y la rechazamos; puede hacer un reclamo.</li> <li>• Considera que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones; puede hacer un reclamo.</li> <li>• Considera que no cumplimos los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede hacer un reclamo.</li> </ul>

## Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera que no hemos cumplido los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer un reclamo.</li> </ul>

### 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 después del hecho, ya sea que la presente oralmente o por escrito. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al 1-866-623-0172 (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. Puede enviarla por fax al: 1-617-972-9516.
- 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. En el Capítulo 2 se brinda información de contacto.

O

- **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 Access directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://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 la membresía en nuestro plan

---

Finalizar su membresía en Tufts Medicare Preferred Access 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, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan 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 Access 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](http://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, 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:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otro plan de salud de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.</li><li>• Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred Access cuando comience la cobertura del plan nuevo.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</li><li>• Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred Access cuando comience la cobertura del plan nuevo.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan.</b> Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.</li><li>• También puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li><li>• Se cancelará su inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred Access cuando comience la cobertura de Original Medicare.</li></ul>

---

## **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 servicios y artículos 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 Access debe finalizar su membresía al plan en ciertas situaciones**

---

<h3><b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b></h3>
--

**Tufts Medicare Preferred Access 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 usted no paga las primas del plan durante *2 meses calendario*.
  - Debemos notificarlo por escrito que tiene *2 meses* para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- 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 pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud**

Tufts Medicare Preferred Access 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 conductual 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 Access, 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 Access y los proveedores**

---

Tufts Medicare Preferred provee cobertura para servicios de atención médica. Tufts Medicare Preferred no provee servicios de atención médica. Tufts Medicare Preferred 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. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta *Evidencia de Cobertura* o suponer o crear alguna obligación para Tufts Medicare Preferred 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:

- Provee ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios de idiomas 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 1-866-623-0172 (TTY 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal 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](mailto: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 a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# **CAPÍTULO 12:**

*Definiciones de palabras importantes*

## **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 en la que debe vivir para afiliarse 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) prestados 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 recibir servicios o ciertos medicamentos que podrían estar o no estar en nuestro Formulario. En la parte de la red de un plan de PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan. En un plan de PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que los servicios están cubiertos por su plan y cuál es el costo compartido que le corresponde a usted. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla 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).

**Biosimilar:** un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir 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.

**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. 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 coseguro, 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 la organización se conocen como “**decisiones de cobertura**” en este documento.

**Determinación integrada 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 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.

**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 preferidos (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, si el plan requiere una autorización previa para un medicamento y quiere que eximamos los criterios de restricción, o bien 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 coseguro.

**Facturación de saldo:** cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la cantidad permitida de costos compartidos del plan. Como miembro de Tufts Medicare Preferred Access, 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 tengan 65 años 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.

**Medicamento 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 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 de salud 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 combinado:** es la cantidad máxima que pagará en un año por todos los servicios de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

**Monto del desembolso máximo dentro de la red:** es la cantidad máxima que pagará por los servicios cubiertos recibidos de proveedores de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año contractual. Sin embargo, hasta que alcance el monto del desembolso máximo combinado, deberá seguir pagando su parte de los costos cuando obtenga atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

**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 y 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 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 al 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 el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos 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 la 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, el Plan 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 i) un HMO; ii) un PPO; 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 para atender a residentes de centros de LTC beneficiarios de Medicare 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.

**Plan 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.

**Plan para necesidades especiales para Cuidados Crónicos (C-SNP):** los C-SNP son Planes para Necesidades Especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas específicas graves o incapacitantes, definidas en el 42 CFR 422.2. Esto incluye limitar la inscripción a quienes padecen múltiples agrupaciones de condiciones comórbidas y clínicamente vinculadas, especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

**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:** n 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 para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del organismo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos para coordinar y proveer 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, debe consultar con su proveedor primario de cuidados médicos antes de consultar con cualquier otro proveedor del cuidado de la salud.

**Queja formal:** tipo de reclamo que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, 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 *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y el servicio al miembro que recibe. También incluye reclamos si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

**Servicios cubiertos:** el término que usamos en esta EOC 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.

**Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes**

---



**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:**

- Provee ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios de idiomas 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 proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal 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](mailto: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 una queja 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 Quejas 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](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

[thmp.org](http://thmp.org) | **1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)/(TTY: 711)**

H2256\_2023\_26\_C  
H9907\_2023\_9\_C

a Point32Health company

## 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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-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 quý 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 quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 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 대해 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، سيقوم شخص ما يتحدث العربية (PPO) 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 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.

**Português:** 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。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

<b>Método</b>	Servicios para Miembros: información de contacto
POR TELÉFONO	<p><b>1-866-623-0172</b></p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>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.</p>
TTY	<p><b>711</b></p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>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.</p>
FAX	<b>1-617-972-9405</b>
POR CORREO	<p><b>Tufts Medicare Preferred</b></p> <p>A la atención de: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021</p>
SITIO WEB	<a href="http://www.thmp.org">www.thmp.org</a>

## **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 gratuito sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

<b>Método</b>	Información de contacto
<b>POR TELÉFONO</b>	<b>1-800-243-4636</b>
<b>TTY</b>	<p><b>1-800-439-2370</b></p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p>
<b>POR CORREO</b>	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/health-insurance-counseling">www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>



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, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard. A la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.