Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de: Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Su prima del plan y su costo compartido
- Sus beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, puede dejar un mensaje y un representante le devolverá su llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), es ofrecido por Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan). (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hace referencia a Tufts Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” hace referencia a Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Su información está disponible en diferentes formatos, incluido el de letra grande.

Los beneficios, las primas, los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2028.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre los cambios que podrían afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 4

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) 4

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 5

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros 6

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 7

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 9

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro de su plan 11

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 12

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes 14

SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) 14

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 19

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 20

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 21

SECCIÓN 5 Seguro Social 22

SECCIÓN 6 Medicaid 23

SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 24

SECCIÓN 8 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 24

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener sus servicios médicos 25

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 25

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 27

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 33

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos? 35

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 36

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 38

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero..... 39

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 41

SECCIÓN 1 Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 41

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos 43

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)..... 136

CAPÍTULO 5: Solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos cubiertos 141

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios cubiertos 141

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió..... 143

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 143

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades 145

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 145

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 150

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .. 152

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud..... 152

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 152

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 153

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 153

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 157

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 165

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto..... 170

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 174

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 176

CAPÍTULO 8: Cancelación de su membresía en nuestro plan 180

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en el plan 180

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 180

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 182

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios y artículos médicos a través de nuestro plan 183

SECCIÓN 5 Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) debe cancelar la membresía en su plan en ciertas situaciones 184

CAPÍTULO 9: Avisos legales 186

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 186

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 186

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 187

SECCIÓN 4 Aviso sobre la relación entre Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) y los proveedores 187

SECCIÓN 5 Aviso sobre la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo 187

CAPÍTULO 10: Definiciones 189

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) *no* incluye cobertura para medicamentos de la Parte D.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato es vigente durante los meses en los cuales usted está inscrito en Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite que hagamos cambios a planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro

de nuestro plan solo si elegimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se considera que vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área
- Usted es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Massachusetts:

- Condado de Essex
- Condado de Suffolk
- Condado de Worcester

Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

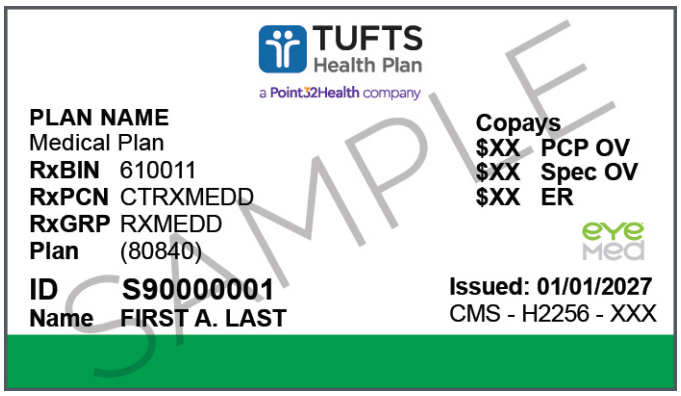
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o nacional, o un no ciudadano elegible

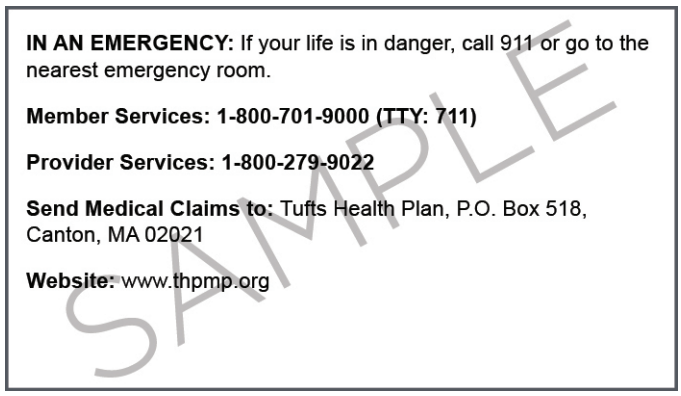
Debe ser ciudadano estadounidense o nacional, o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Muestra de la tarjeta de miembro:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* thpmp.org/documents enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero,

hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

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

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en thpmp.org.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) de Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.	**Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1.2 para obtener detalles).	**$4,500**
Consultas de atención primaria en el consultorio	**$10 de copago por consulta**
Consultas en el consultorio de un especialista	**$45 de copago por consulta**
Hospitalizaciones Incluye varios tipos de hospitalizaciones, como atención para afecciones agudas, rehabilitación y	**$350 de copago cada día por los días 1 al 5 y $0 de copago después del día 5.**

	Sus costos en 2027
atención a largo plazo. Una hospitalización empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	**Consulte el Capítulo 4 Sección 2 para conocer información acerca del costo compartido para servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio opcional complementario (Sección 4.3)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla indica el monto de la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio.

Si usted vive en el...	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)
Condado de Essex	$58
Condado de Suffolk	$58
Condado de Worcester	$50

Las primas de la Parte B de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2027* (*Medicare y Usted 2027*), en la sección titulada *2027 Medicare Costs (Costos de Medicare de 2027)*. Descargue una copia en el sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan**. Esto incluye su prima para la Parte B. Usted también podría pagar una prima de la Parte A, si no es elegible para una Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima de Beneficios complementarios opcionales

Si usted se inscribió para tener acceso a beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para conocer los detalles. La prima mensual adicional por agregar Tufts Medicare Preferred Dental Option a su plan es de $41.50. Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan, llame a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de su plan

Hay 4 maneras en las que puede pagar su prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

La prima mensual del plan debe pagarse el día 15 de cada mes. Si elige pagarnos directamente, Tufts Medicare Preferred le enviará una factura y un sobre de devolución cuando venzan las primas del plan.

Complete un cheque o giro postal por el monto que se muestra en la factura (los cheques/giros postales deben hacerse pagaderos a Tufts Medicare Preferred) y envíelo por correo a Tufts Medicare Preferred en el sobre con ventana provisto o a:

Tufts Medicare Preferred
P.O. Box 9225
Chelsea, MA 02150

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

Si desea entregar un cheque en persona (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.) llévelo a:

Tufts Medicare Preferred
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Opción 2: Usted puede pagar a través de una transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que la prima mensual del plan se pague a través de una transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT). Las deducciones automáticas de

su cuenta bancaria se realizan mensualmente, y generalmente se hacen el día 9 de cada mes. El retiro se realiza el día 9 para permitir que el pago se reciba y se registre en su cuenta antes de la fecha de vencimiento de la factura, el día 15. Si el día 9 cae en sábado, domingo o día feriado, la deducción se realizará el siguiente día hábil. Si usted desea pagar su prima mensual del plan por EFT y actualmente no lo hace, llame a Servicios para los miembros para más información. Las deducciones de transferencias electrónicas pueden tardar hasta dos meses en comenzar después de inscribirse en transferencias electrónicas. Siga pagando su prima del plan directamente a Tufts Medicare Preferred hasta que le notifiquemos que está inscrito en el programa EFT.

Opción 3: Puede pagar en línea

Usted puede pagar su prima del plan mensual en línea si se registra para tener una cuenta personal segura en nuestro sitio web en thpmp.org/registration. (Si ya tiene una cuenta, solo vaya a thpmp.org/login). En su cuenta personal usted puede consultar su monto actual por la prima del plan, lo que pagó el mes anterior y cuánto se debe para el siguiente mes. Usted puede hacer un pago único por el monto debido (su prima del plan se debe pagar cada mes) o establecer un pago recurrente para que se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria cada mes. Para conocer los detalles acerca de cómo registrarse para tener una cuenta personal, llame a Servicios para los miembros o visite thpmp.org/registration.

Opción 4: Hacer que las primas del plan se descuenten de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su prima del plan

Si decide cambiar cómo usted paga su prima del plan, pueden pasar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para los miembros.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir su pago de la prima del plan en nuestra oficina a más tardar el día 15 del mes. Si no recibimos su pago a más tardar el día 15 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en su plan se cancelará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 2 meses.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare brindará su cobertura médica.

En el momento en que cancelemos su membresía, puede que nos siga debiendo las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos adeude. Si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar las primas atrasadas antes de poder inscribirse.

Si usted considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-800-701-9000 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha de cancelación de su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

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

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro de su plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, que incluye proveedor de atención primaria, el grupo médico, y Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA).

Los médicos, hospitales, y demás proveedores de la red de su plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante ayudarnos a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja doméstica, compensación laboral o de Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los miembros que tienen una cuenta personal en línea podrán actualizar cierta información en nuestro sitio web. Para conocer los detalles acerca de cómo registrarse para tener una cuenta personal, llame a Servicios para los miembros o vaya a thpmp.org/registration.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Usted podría necesitar proporcionarles el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) Servicios para los miembros. Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros – Información de contacto	
Llame al	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y en los días feriados, deje un mensaje y un representante le llamará el siguiente día hábil. Servicios para los miembros 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y en los días feriados, deje un mensaje y un representante le llamará el siguiente día hábil.
Fax	1-617-972-9405
Escriba a	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494

Servicios para los miembros – Información de contacto	
	Canton, MA 02021
Sitio web	thpmp.org

Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o, con relación al monto que pagamos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura para atención médica – Información de contacto	
Llame al	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
Fax	1-617-972-9405
Escriba a	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021

Decisiones de cobertura para atención médica – Información de contacto	
Sitio web	thpmp.org

Cómo presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto	
Llame al	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
Fax	1-617-972-9516
Escriba a	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021

Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto	
Sitio web	thpmp.org

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
Llame al	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
Fax	1-617-972-9516
Escriba a	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Solicitud de pago – Información de contacto	
Llame al	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Después del horario de atención y durante los días feriados, puede dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711
Fax	1-617-972-1028
Escriba a	Tufts Medicare Preferred P.O. Box 518 Canton, MA 02021
Sitio web	thpmp.org

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y distribuidores que participan en Medicare. • Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencia de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros

Medicare – Información de contacto	
	de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede utilizar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO). **Para presentar una queja ante Medicare,** visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

SHINE es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

	SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) (Massachusetts' SHIP) - Información de contacto
Llame al	1-800-243-4636 Los representantes están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-439-2370

	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	Llame al número que figura arriba para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
Sitio web	mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health.

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

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir la medicación equivocada, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

	Acentra Health (Massachusetts' Quality Improvement Organization) - Información de contacto
Llame al	1-888-319-8452 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; y de 10 a.m. a 4 p.m. los fines de semana y feriados. Hay un servicio de buzón de voz disponible las 24 horas. Hay servicios de traducción disponibles para los beneficiarios y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	711

	Acentra Health (Massachusetts' Quality Improvement Organization) - Información de contacto
Escriba a	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar de dichos cambios.

Seguro Social— Información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

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

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con MassHealth.

	MassHealth (Programa de Medicaid de Massachusetts) – Información de contacto
Llame al	Servicio al cliente: 1-800-841-2900 Inscripciones: 1-877-623-6765 Horario de atención: Autoservicio disponible las 24 horas del día en inglés y español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Servicio de intérprete disponible. El horario de atención del Centro de inscripción de MassHealth (The MassHealth Enrollment Center, MEC) es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711
Escriba a	MassHealth Central Office 100 Hancock Street, 1st Floor Quincy, MA 02171

Sitio web	mass.gov/masshealth

SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comunique si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) – Información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1”, para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 8 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener su atención médica cubierta.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

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

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

Como un plan de salud de Medicare, Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos, son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No se requieren remisiones de su PCP para la atención de emergencia o servicios urgentes. Para conocer otros tipos de atención que puede obtener sin recibir una aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. *Existen 3 excepciones*:
    - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa del plan antes de que usted reciba atención médica fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, temporalmente, su proveedor para este servicio no está disponible o no se puede acceder a este. El costo compartido que le paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que

paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor usual de servicios de diálisis que se encuentra dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis podría ser mayor.

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

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

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

Cuando usted se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Su PCP es un médico, enfermero con práctica médica o asistente médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica general. Como explicamos a continuación, su PCP le prestará la atención médica general o de rutina. Su PCP también coordinará las remisiones a otros proveedores dentro de la red, como los especialistas.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Por lo general, los internistas, los médicos generales, los geriatras o los médicos de familia actúan como PCP. Un enfermero con práctica médica o un asistente médico también pueden ser PCP.

¿Cómo obtiene atención médica de su PCP?

Generalmente, usted consultará a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones en hospitales y atención de seguimiento.

Es posible que a veces necesite hablar con su PCP o recibir atención médica cuando el consultorio de su PCP esté cerrado. Si tiene una situación que no sea de emergencia y necesita hablar con su PCP fuera del horario habitual, puede llamar al consultorio de su PCP en cualquier momento y habrá un médico de guardia para atenderle. Los miembros sordos o con problema de audición que dispongan de equipos TTY pueden llamar a MassRelay al número TTY (inglés) 1-800-439-2370 o al TTY (español) 1-866-930-9252 para recibir ayuda al contactar a su PCP fuera del horario habitual (el número de MassRelay que no es TTY es 1-800-439-0183).

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

La *coordinación* de sus servicios incluye una revisión o una consulta con otros proveedores del plan sobre su atención médica. Si usted necesita ciertos tipos de servicios cubiertos o suministros, su PCP

puede remitirlo a un especialista. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que se denominan *círculo de remisiones* y que él o ella utiliza para proporcionarle atención médica. Un círculo de remisión es el equipo de especialistas con el que trabaja su PCP. Si su PCP lo remite a un especialista, lo enviará a un especialista de su círculo de remisiones. No todos los médicos de Tufts Medicare Preferred están incluidos en el círculo de remisión de su PCP. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred excepto en situaciones de emergencia o de atención de urgencia o para diálisis renal fuera del área u otros servicios.

Además, la remisión de su PCP puede tener un límite de tiempo. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Dado que su PCP se encargará de proporcionarle y coordinar su atención médica, usted deberá enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de una autorización previa (Prior Authorization, PA), si corresponde?

Ciertos medicamentos, servicios, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Para los servicios fuera de la red, su PCP es responsable de obtener una autorización o de proporcionarle una remisión, dependiendo de los servicios que se presten. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de consultar con su PCP u otro proveedor contratado para comprobar que se ha proporcionado esta autorización o remisión.

¿Cómo elegir un PCP?

Cuando esté decidiendo sobre un PCP, puede referirse a nuestro *Directorio de proveedores*. Utilizar la herramienta Doctor Search (Búsqueda de médicos) en nuestro sitio web proporciona la información más actualizada. Una vez que usted haya tomado una decisión, debe llamar a Servicios para los miembros (consulte el número en la contratapa de este documento). Un representante de Servicios para los miembros verificará que el PCP que ha elegido esté aceptando nuevos pacientes. Si va a ser admitido en un hospital en particular o va a ver a un especialista de un plan en particular, consulte el *Directorio de proveedores,* o bien hable con un representante de Servicios para los miembros para asegurarse de que el PCP que usted ha elegido utilice ese hospital o haga remisiones para ese especialista.

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

Aunque su PCP puede tener privilegios de admisión en varios hospitales, puede utilizar un hospital en particular para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO, y es posible que sea un hospital diferente al que le hayan remitido en el pasado.

Cómo cambiar a su PCP

Usted puede cambiar a su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que su PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir un PCP nuevo.

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

Si está realizando un cambio, el cambio entrará en vigencia el 1.º del mes siguiente y recibirá automáticamente por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro que refleje este cambio.

Para cambiar a su PCP, llame a Servicios para los miembros. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para los miembros si acude a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (por ejemplo, equipo médico duradero). Servicios para los miembros le ayudará a asegurarse de que puede continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie su PCP. También comprobarán si el PCP al que desea cambiarse está aceptando pacientes nuevos. Si el PCP está aceptando pacientes nuevos, podrá programar una cita con su nuevo PCP a partir del primer día del mes siguiente. Servicios para los miembros cambiará su registro de miembro para mostrar el nombre de su nuevo PCP, y le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre de su nuevo PCP. Le sugerimos que programe una cita con su nuevo PCP y que haga los arreglos necesarios para que transfieran sus registros.

Los miembros con una cuenta personal en línea pueden cambiar su PCP en nuestro sitio web y seleccionar un nuevo PCP dentro de nuestra red. Para obtener más información sobre cómo registrarse para obtener una cuenta personal segura en línea, llame a Servicios para los miembros (consulte el número que figura en el reverso de este documento) o visite thpmp.org/registration.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una remisión de su PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP:

- Atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se las administre un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se las administre un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red

- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, si no es razonable, dados el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica con relación a una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Cardiólogos tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

¿Cuál es el papel del PCP en la remisión de miembros a especialistas y otros proveedores?

Por lo general, los PCP proporcionan atención preventiva y tratamiento básicos para enfermedades comunes. Para los servicios que su PCP no pueda proporcionar, él/ella le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan, remitiéndole a un especialista. Su PCP puede requerir una consulta en el consultorio antes de emitir una remisión a un especialista.

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

Ciertos medicamentos, servicios, equipos, y suministros requieren autorización de Tufts Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Para los servicios fuera de la red, su PCP es responsable de obtener una autorización o de proporcionarle una remisión, dependiendo de los servicios que se presten. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese

de consultar con su PCP u otro proveedor contratado para comprobar que se ha proporcionado esta autorización o remisión.

Para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa del plan, consulte el Capítulo 4, Sección 2. También puede llamar a Servicios para los miembros al número que figura en el reverso de este documento para obtener una lista de los servicios que requieren que su PCP u otro proveedor contratado obtenga autorizaciones previas del plan. Consulte su formulario de Tufts Medicare Preferred HMO para conocer cuáles medicamentos requieren autorización previa.

¿Qué es un "círculo de remisiones”?

Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que se denominan círculo de remisiones y que él o ella utiliza para proporcionarle atención médica.

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

Si usted necesita ciertos tipos de servicios cubiertos o suministros, su PCP debe dar su aprobación por adelantado, (como remitirlo a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) del plan. Los servicios que requieren autorización previa se indican en ***negrita y cursiva*** en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los servicios que requieren una remisión se indican en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Dado que su PCP se encargará de proporcionarle y coordinar su atención médica, usted deberá enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.

- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no están disponibles o son insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, llame a Servicios para miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones. (Consulte el Capítulo 7)

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Para consultar a un proveedor fuera de la red, se requiere una remisión de su PCP o proveedor de la red. Si no puede obtener dicha remisión, usted o su representante autorizado también pueden enviar una solicitud a Tufts Medicare Preferred para una “determinación de la organización”. Es posible que se requiera la autorización de Tufts Medicare Preferred en función del servicio que se vaya a prestar. Si utiliza proveedores fuera de la red sin una remisión o autorización, el pago no será realizado por Tufts Medicare Preferred. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En circunstancias limitadas, nuestro plan permitirá a nuestros miembros consultar a proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen consultar a un proveedor con una especialidad que actualmente no está contratada con nuestro plan. Hemos contratado proveedores en toda nuestra área de servicio para garantizar el acceso a la atención médica a nuestros miembros. Debe obtener una remisión de su proveedor de la red y recibir autorización previa del plan antes de recibir atención fuera de la red.

Otras circunstancias en las que nuestro plan cubrirá servicios fuera de la red sin remisión ni autorización previa incluyen:

- El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a proveedores de ESRD contratados.

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esa atención médica, puede recibir esta atención de un proveedor y/o centro fuera de la red. Sin embargo, se debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, si el servicio es aprobado, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted, su médico o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la autorización. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada, "*Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica*".

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren la atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos cuando sea médicamente necesario. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El número de teléfono para llamar a nuestro plan se encuentra en el reverso de su tarjeta de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Si usted considera que presenta una situación médica urgente, imprevista o que no es de emergencia, comuníquese con su PCP de inmediato. Si usted no puede hacerlo o bien, si le resulta impráctico recibir atención médica de parte de su PCP o de un proveedor del plan, puede acudir con cualquier proveedor o clínica que proporcione atención médica que se necesite con urgencia o puede llamar al 911 para recibir ayuda inmediata.

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

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite medicare.gov/providers-services/disaster-emergency para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, o servicios obtenidos fuera de la red sin autorización que no son servicios de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se alcance el límite del beneficio no se tomará en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para los miembros para saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

SECCIÓN 5 Servicios médicos 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 manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra autorización ni de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura basada en el desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations-Coverage Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en fase de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios podrían estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

A la vez que no es necesario que usted obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga por los servicios en un estudio de investigación clínica

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por 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 el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos.

Ejemplo de cómo funciona el costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, le hacen un análisis de laboratorio que cuesta $100. La parte que le corresponde de los costos de este análisis es $20 a través de Original Medicare, pero el análisis costaría $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es $10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiriese una tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare titulada *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica*), disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si los servicios que obtiene de esta institución se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada;
    - – y – Usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Los límites de cobertura de Medicare aplican como se describe en el Capítulo 4 bajo **Atención hospitalaria para pacientes internados**.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No adquirirá la propiedad de algunos de los equipos médicos duraderos después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que miembros los usen en su hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como los dispositivos protésicos. Otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME tienen posesión del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), no obstante, usted generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No tendrá la posesión incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de ingresar a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare a fin de poseer el artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a unir a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya realizado (sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido correspondiente por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO). Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos que puede tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no paga deducibles, copagos ni coseguros. Si está inscrito en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su prueba de elegibilidad para Medicaid o de QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027 el monto MOOP es de $4,500.**

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se toman en cuenta para este monto máximo que usted paga de su bolsillo. (El monto que paga por la prima del plan no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si usted alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de $4,500, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año dentro de la red por servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

Sección 1.3 No se les permite a los proveedores facturarle los saldos a usted

Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto del costo compartido que le corresponde a usted cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no tienen permitido cobrarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos.** Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona la protección contra facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencias).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicio).
- Si considera que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o una urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios que usted recibe fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en ***cursiva y negrita***.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original

Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*. Consúltelo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que obtiene el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Esta manzana muestra los servicios preventivos que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico (Physician Assistant, PA), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más • No es específico, en el sentido que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.)	$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - continuación • No está relacionado con una cirugía • No está relacionado con un embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se podrían administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP) / especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • una maestría o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda servicios de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones. El plan cubre los servicios de acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda prestados por otros acupunturistas con licencia que no cumplan los requisitos para proveedores descritos anteriormente. La cobertura está sujeta al mismo límite de 20 consultas anuales impuesto por Medicare. Los servicios de acupuntura adicionales son elegibles para recibir un reembolso a través de su **Asignación para bienestar**. Consulte	información sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - continuación la descripción del beneficio de **Asignación para bienestar** para obtener todos los detalles.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$325 de copago por viaje de un tramo por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. ***Se puede requerir una autorización previa para el servicio de transporte que no sea de emergencia.***
Los servicios de ambulancia tienen cobertura en todo el mundo.	$325 de copago por un viaje de un tramo por un servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. ***Se puede requerir una autorización previa para el servicio de transporte que no sea de emergencia.*** Según las pautas de Medicare, los servicios de ambulancia de emergencia y los que no son de emergencia están cubiertos en función de la necesidad médica. Si su afección califica para la cobertura, usted pagará el copago indicado anteriormente.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia - continuación	Si su afección no cumple con los criterios de Medicare y usted utiliza el servicio de ambulancia, usted será responsable de la totalidad del costo. Si tiene preguntas sobre la cobertura de servicios de ambulancia, comuníquese con Servicios para los miembros. El transporte en miniván (para traslado en silla de ruedas) no está cubierto por Medicare, incluso si lo proporciona una compañía de ambulancias.
Transporte que no sea en ambulancia Nuestro plan cubre el transporte que no sea en ambulancia (p.ej., por auto para silla/automóvil tipo sedán o miniván para traslado en silla de ruedas) a través de un proveedor aprobado por el plan desde un hospital hacia un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o hacia su hogar.	$0 de copago por transporte cubierto cuando lo ordene el hospital que le dé el alta.
Examen físico de rutina anual El examen físico anual es un examen más completo que la consulta de bienestar anual. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, pulmón, cabeza y cuello, y el sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de los medicamentos con receta; y una revisión de cualquier hospitalización reciente. Está cubierto una vez cada año calendario.	$0 de copago. Si recibe servicios que abordan una afección médica durante la misma consulta en el consultorio, podría aplicarse un costo compartido adicional.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada año calendario. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar. Si recibe servicios que abordan una afección médica durante la misma consulta en el consultorio, podría aplicarse un costo compartido adicional.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas y exámenes clínicos de mamas cubiertos.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca - continuación	
cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una remisión del médico.	Puede requerirse una remisión de su PCP antes de que usted reciba servicios. Su PCP proporcionará esta remisión si es necesaria. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para conocer más detalles sobre el proceso de remisiones. ***Puede requerirse una autorización previa.***
Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • Infarto en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass (derivación) de las arterias coronarias • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (un procedimiento para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir 2 sesiones al día (de 1 hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple con los requisitos, podría recibir 36 sesiones adicionales, distribuidas en un período de tiempo más prolongado.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.***

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre riesgo alto de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.***
Cobertura adicional proporcionada por Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) • La evaluación quiropráctica inicial está cubierta una vez por año calendario	$15 de copago por consulta Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.*** Otras formas de atención quiropráctica no son beneficios cubiertos. Consulte el Capítulo 4, Sección 3 para ver los servicios excluidos de la cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se hiciera una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y usted paga $0 de copago.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección planificada, que implican la remoción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado con relación a la prueba de detección, como resultado de esta, y en el mismo procedimiento clínico.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de un órgano. Consulte la información a continuación acerca de la cobertura dental complementaria que usted recibe como miembro de Tufts Medicare Preferred.	$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.*** Consulte **Atención hospitalaria para pacientes internados y Servicios/Cirugía para pacientes externos** en esta tabla para conocer cuál es el costo compartido que usted paga al momento de recibir los

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	servicios en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio.
Tufts Medicare Preferred Dental Plan*	A continuación, se proporciona información sobre los costos compartidos en función de la clase de servicios dentales que reciba.
*Los costos compartidos por estos artículos/servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo anual que paga de su bolsillo. Su plan incluye automáticamente la cobertura para servicios dentales complementarios que no están cubiertos por Original Medicare, incluidos los servicios dentales preventivos y de diagnóstico, y los servicios dentales básicos. Hay un máximo anual del beneficio, y se aplican costos compartidos por estos servicios dentales complementarios, que se describen a continuación. El plan **no** cubre los servicios dentales mayores como cirugías orales, periodoncia, endodoncia y prostodoncia. **El plan paga hasta el máximo del año calendario de $1,000 por todos los servicios dentales complementarios cubiertos. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las normas del plan y a los costos compartidos.** Los servicios dentales complementarios están cubiertos ***únicamente*** con los proveedores de la red de Dominion PPO Network. Para saber si su dentista es un dentista de la red Dominion PPO Network o si necesita un nuevo dentista, consulte el *Directorio dental* que se encuentra en thpmp.org/dentist o comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este documento. Usted podría mejorar su cobertura dental complementaria si se inscribe en **Tufts Medicare Preferred Dental Option** por una prima adicional. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener una descripción del beneficio dental complementario que recibe si se inscribe en **Tufts Medicare Preferred Dental Option**. Si se inscribe en **Tufts Medicare Preferred Dental Option** se reemplaza el **Tufts Medicare Preferred Dental Plan** descrito en esta sección.	Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener la siguiente información adicional importante: **Estimados previos al tratamiento** para obtener una explicación de cómo buscar Estimados previos al tratamiento antes de recibir atención dental. **Limitaciones y exclusiones** para *Limitaciones y exclusiones* que se aplican tanto a Tufts Medicare Preferred Dental Plan (sin prima adicional, como se describe en esta sección) como a Tufts Medicare Preferred Dental Option (con una prima adicional, como se describe en la Sección 2.1 de este capítulo). Su tarjeta de identificación de Dominion National seguirá siendo válida en 2027; así que, consérvela y siga usándola para sus beneficios dentales. Si su tarjeta se pierde, se la roban o se daña, llame a Servicios

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
La coordinación de beneficios se usa cuando usted tiene más de un plan dental. Estas normas determinan qué plan paga primero y qué plan paga en segundo lugar. Si este es su plan secundario, podríamos reducir nuestro pago en función de lo que su plan principal ya haya pagado. Juntos, ambos planes no pagarán más del costo permitido por su servicio dental cubierto. Conforme a la cláusula de no duplicación de beneficios, este plan no podrá pagar beneficios adicionales si su plan principal ya pagó el mismo monto o más de lo que este plan habría pagado como plan principal.	para los miembros de Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (HMO) (TTY: 711) para solicitar una tarjeta de identificación de reemplazo. **Nota:** Si el plan determina que se puede realizar (1) un procedimiento, servicio o tratamiento menos costoso en lugar del tratamiento propuesto por su dentista y (2) la alternativa menos costosa producirá un resultado profesionalmente satisfactorio, entonces el monto máximo permitido por el plan será el cargo de la alternativa menos costosa, y el miembro será responsable por la diferencia entre los dos procedimientos.
Servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1 - Examen oral integral (que incluye el historial dental inicial y el registro de los dientes) cubierto una vez cada 36 meses. Evaluación oral periódica cubierta dos veces al año. Radiografías intraorales de aleta de mordida (radiografías de coronas dentales) cubiertas dos veces al año cuando las condiciones orales lo requieren. Profilaxis (limpieza, raspado y pulido dental de rutina) cubierta dos veces al año.	Usted paga $0 por los servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
Servicios básicos de Clase 2	
Evaluación oral de emergencia, exámenes centrados en problemas, cubiertos una vez cada 12 meses. Imagen radiográfica intraoral de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses. Imagen radiográfica intraoral de toda la boca (serie de boca completa) cubierta una vez cada 60 meses. Imágenes radiográficas de un solo diente cubiertas según sea necesario. Empastes de plata y empastes blancos cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente. Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses tras una terapia periodontal activa, no combinable con las limpiezas habituales. Raspado y alisado radicular cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante. Raspado en presencia de una inflamación gingival generalizada moderada o grave, cubierto una vez cada 24 meses después de una evaluación oral y en lugar de una profilaxis cubierta. Desbridamiento oral completo cubierto una vez en la vida. Extracciones simples cubiertas una vez por diente. El tratamiento menor para el alivio del dolor solo está cubierto si no se ha realizado ningún otro servicio aparte del examen y las radiografías en la misma fecha de servicio.	Usted paga 50% de coseguro por los servicios básicos de Clase 2.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento.	No hay coseguro, copago ni deducible por consulta para una prueba de detección de depresión anual.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad, o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ***Puede requerirse una autorización previa.*** Si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe servicios, se aplicará un costo compartido

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación	adicional por la atención relacionada con la afección existente. La cobertura para monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas está limitada a los productos Accu-Chek fabricados por Roche Diabetes Care, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas ni para las soluciones de control de glucosa. Los monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitors, CGM) terapéuticos cubiertos se limitan a los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera como equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Los suministros para pruebas de diabetes, incluidos tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también están cubiertos en farmacias minoristas participantes o por correo. Debe obtener primero una receta de su médico de atención primaria (PCP) o del médico que le esté tratando la diabetes para los suministros cubiertos para la diabetes

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación	
	(incluidos los zapatos terapéuticos a medida).
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida) incluida la adaptación.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ***Puede requerirse una autorización previa.***
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes en determinadas situaciones.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para personas con riesgo de diabetes: Análisis de glucosa en plasma en ayunas según sea médicamente necesario. • Para los servicios de cuidado de los pies relacionados con la diabetes, consulte **Servicios de podiatría** en esta tabla de beneficios. **Nota:** Existen dos tipos de monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitor, CGM) - complementarios y terapéuticos. Ambos están cubiertos en su totalidad por su plan. Los CGM complementarios solo pueden adquirirse de proveedores de equipos médicos o del fabricante de los CGM cuando existe un contrato directo con el plan.	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para leer una definición de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - continuación diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, tratamiento de presión positiva en la vía aérea (Positive Airway Pressure, PAP) y equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 20% cada mes. Después de 36 meses, usted dejará de pagar su coseguro por su equipo de oxígeno, hasta que el beneficio se restablezca a los cinco años. Una vez que se restablezca el beneficio, usted volverá a pagar el costo compartido aplicable según el diseño de beneficios de su plan en ese momento. Los costos anteriormente mencionados también se aplican si antes de inscribirse en Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), usted había realizado el pago del alquiler de 36 meses por la cobertura de equipo de oxígeno.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - continuación	
	Puede requerirse una autorización previa.
	Consulte la sección **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos** en esta Tabla de beneficios médicos para conocer los detalles de cobertura y suministros para pacientes diabéticos.
Artículos adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred: Equipo de seguridad en el baño Los equipos de seguridad en el baño que se mencionan a continuación están cubiertos para los miembros que tienen una deficiencia funcional cuando tener el artículo mejorará la seguridad (la instalación no está cubierta): • Asiento elevado para inodoro: 1 por miembro cada 5 años • Barras de agarre en el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada 5 años	Usted paga 20% de coseguro para equipo de seguridad en el baño con una receta escrita por un proveedor de la red a un proveedor de equipo médico duradero (DME) o de dispositivos ortésicos y protésicos (Orthotics and Prosthetics, O&P) de la red.
Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - continuación Nota: • Para obtener cobertura, el artículo/los suministros deben estar **cubiertos por el plan; ser médicamente necesarios**; ser proporcionados por un **proveedor de DME de la red**; y en algunas circunstancias, tener una **autorización previa** en los registros. • Para obtener ayuda para determinar si los artículos/suministros están cubiertos, y/o si se requiere una autorización previa, y/o si un proveedor de DME está en nuestra red, llame a Servicios para los miembros.	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso, o una afección médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando usted obtiene estos servicios dentro de la red.	$130 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Si su consulta en la sala de emergencias también incluye una cirugía para pacientes externos realizada en la sala de emergencias como parte de la consulta para evaluar o estabilizar su afección médica de emergencia, solo se aplica su copago por atención de emergencia. Si como resultado de su consulta en la sala de emergencias le realizan una cirugía como paciente externo

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia - continuación	
Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.	en un quirófano, otro centro hospitalario para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio en la misma fecha del servicio, no se aplicará el copago por atención de emergencia y puede aplicarse el copago por cirugía para pacientes externos. Consulte **Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios** en esta tabla para más detalles. Si lo mantienen en observación después de la consulta a la atención de emergencia, usted solo pagará el copago correspondiente a la atención de emergencia o la observación, el que resulte más alto. Consulte **Observación hospitalaria para pacientes externos** en esta tabla para más detalles, incluido el copago correspondiente. Usted no paga el monto de copago por atención de emergencia si se le ingresa como paciente internado al hospital en un plazo de un día por la misma afección (consulte **Atención hospitalaria para pacientes internados** en esta sección

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia - continuación	para conocer cuál es el costo compartido que aplica en su lugar para hospital). En algunos casos, es posible que tenga que pagar un costo compartido adicional por los servicios prestados por ciertos proveedores en la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabilice, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red que nuestro plan autorice y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar **Asignación para bienestar (Wellness Allowance)** Nuestro plan ofrece una Asignación para bienestar anual para darle flexibilidad y opciones en su camino para alcanzar y mantener la salud y bienestar. El fin es suplementar y complementar sus beneficios médicos. Hay un monto máximo en dólares que se le reembolsará cada año. Usted puede utilizar su Asignación para bienestar para cubrir el costo de uno, o de la combinación de varios, de los siguientes artículos y servicios relacionados con la salud aprobados por el plan: 1. Las consultas de acupuntura no cubiertas por su beneficio médico (Deben proporcionarse por un acupunturista con licencia).	El plan le reembolsa hasta $150 por año calendario por actividades, artículos y/o programas elegibles. Usted paga todos los gastos superiores a $150 por año calendario. El impuesto sobre la venta no es elegible para el reembolso. Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación	
2. Programas de capacitación basados en la evidencia como aquellos que patrocina su proveedor, Healthy Living Center of Excellence (healthyliving4me.org), Arthritis Foundation®(www.arthritis.org/health-wellness), y Triple-A (www.aaa.com). Otros ejemplos específicos incluyen: ○ Programas de autocontrol de enfermedades crónicas ○ Programas de mejora de conducción y/o de seguridad ○ Healthy IDEAS (healthyideasprograms.org) ○ Powerful Tools for Caregivers (powerfultoolsforcaregivers.org) ○ EnhanceWellness (projectenhance.org/enhancewellness) 3. Asesoramiento de nutrición sin cobertura por su beneficio médico para prevenir o controlar afecciones crónicas, lograr y mantener un peso saludable; y desarrollar hábitos alimenticios saludables a largo plazo (Deben proporcionarse por un nutricionista profesional con licencia o por un dietista registrado). 4. Beneficio de acondicionamiento físico, que consta de tres partes: ○ Un monitor de actividad física o un monitor de ritmo cardíaco por año (Incluye relojes inteligentes, como Apple Watch). ○ Programas de acondicionamiento de la memoria que ejercitan el cerebro para mejorar aspectos cognitivos como la memoria, la atención, la concentración y la velocidad mental. Algunos ejemplos incluyen Brain HQ y Vigorous Mind, una aplicación de escritorio personalizada basada en la ciencia para mantener la salud cerebral; así como, aplicaciones para dispositivos inteligentes como Elevate y Lumosity. ○ Programas de acondicionamiento físico como clases dirigidas por un instructor, sesiones de entrenamiento personal y membresías en un gimnasio o en un centro	reembolso a más tardar el 31 de marzo del siguiente año.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación de acondicionamiento físico (Incluye estudios de acondicionamiento físico, instalaciones con piscina durante todo el año, clubes de salud y centros comunitarios o para personas de edad avanzada. A continuación, vea las descripciones). • Gimnasio – Un establecimiento de acondicionamiento físico que se enfoca en el entrenamiento. La membresía en un gimnasio es para recibir entrenamiento. Los gimnasios pueden ofrecer entrenamiento en grupos grandes, grupos pequeños o de manera individual semiprivada; o bien, cualquier combinación de los tres. Los gimnasios son más pequeños que los centros de acondicionamiento físico y no incluyen mucho equipo cardiovascular. • Centro de acondicionamiento físico – Un establecimiento de servicio completo para la salud o el acondicionamiento físico que incluye equipo cardiovascular y de fortalecimiento muscular, además de comodidades como regaderas, cuartos con casilleros, piscinas, clínicas y canchas deportivas. • Estudio de acondicionamiento físico – Más pequeño que un centro de acondicionamiento físico, especializado en una forma de ejercicio como ejercicios en la barra, ciclismo en interiores, CrossFit, bootcamp, pilates, yoga, taichí y qigong. El beneficio primario de un estudio de acondicionamiento físico es que hace un tipo de acondicionamiento físico extremadamente bien. • Instalaciones con piscina durante todo el año – Un centro acuático de interiores/exteriores que puede albergar una gran variedad de programas acuáticos que facilitan el desarrollo de estilos de vida saludables. Algunos ejemplos incluyen lecciones de	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación natación, ejercicios aeróbicos acuáticos o caminar en el agua, así como nadar vueltas. • Club de salud – Un modelo empresarial de alto valor/bajo precio que le permite pagar un solo precio para ingresar y usar el equipo cardiovascular y de fortalecimiento muscular, pero que cobra cargos adicionales por clases dirigidas por un instructor, toallas y otras comodidades. • Centro comunitario/para personas de edad avanzada – Un establecimiento centralizado en donde los miembros de una comunidad pueden reunirse para jugar juegos, ejercitarse, comer o educarse. Un centro para personas de edad avanzada es un tipo de centro comunitario para adultos mayores. El beneficio de acondicionamiento físico incluye el reembolso por el equipo para el hogar como ligas de resistencia, pesas, bicicletas estáticas, caminadoras, máquinas de acondicionamiento físico, programas en línea como Peloton y aplicaciones para dispositivos inteligentes como Fitbit Premium con el fin de que los miembros puedan ejercitarse en la comodidad y seguridad de sus hogares. 5. Los siguientes tratamientos alternativos: • Consultas con un profesional en medicina holística que integran terapias convencionales y alternativas para prevenir y tratar enfermedades y, lo que es más importante, promover una salud óptima. La medicina holística incluye el análisis de los elementos físicos, nutricionales, ambientales, emocionales, espirituales y los relacionados con el estilo de vida. Se enfoca en la educación del paciente y en su participación en el proceso	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación curativo. La cobertura aplica únicamente a las consultas con el profesional médico. • Bodywork, que promueve la concientización de "la conexión entre el cuerpo y la mente"; por lo tanto, la salud en general, el equilibrio y la salud. La mayor parte de los tratamientos de bodywork comparten metas como alivio del dolor, la mejora de la función física, la mayor libertad de movimiento y la mejora de la conciencia corporal. Algunos ejemplos de bodywork incluyen shiatsu, reflexología y reiki. • Las terapias para la mente y el cuerpo, que se enfocan en las interacciones que hay entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento con la intención de usar la mente para influir en las funciones físicas y promover la salud. Muchas terapias para la mente y el cuerpo invocan la respuesta de relajación para ayudar a que los miembros se mantengan sanos, se reduzca la gravedad o frecuencia de los síntomas y/o se recuperen más rápidamente de una enfermedad. Algunos ejemplos de tratamientos para la mente y el cuerpo incluyen biorretroalimentación, imágenes y respiración. Únicamente están cubiertas las terapias con profesionales de la salud con licencia en el estado en el que prestan sus servicios. El beneficio también incluye reembolsos por equipos para el hogar, programas en línea y aplicaciones de dispositivos inteligentes para que los miembros puedan practicar terapias alternativas en el hogar. Algunos ejemplos de equipo para el hogar incluyen videos guiados o grabaciones de audio; dispositivos de automasaje como rodillos/rollos de espuma o TheraCane®; máquinas de biorretroalimentación para uso en el hogar, como RESPeRATE®; y saunas de infrarrojos portátiles. Estos ejemplos son específicos para las terapias para la mente y cuerpo y de bodywork, ya que no hay equipo para el hogar correspondiente a las consultas con un	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación profesional en medicina holística. Los productos de consumo (es decir, los comestibles) están excluidos del beneficio de terapias alternativas. 6. Masaje terapéutico – El masaje consiste en la manipulación manual de las capas superficiales y profundas de los músculos y el tejido conjuntivo, utilizando diversas técnicas, para mejorar la función, ayudar en el proceso de curación, disminuir la actividad refleja muscular, inhibir la excitabilidad de las neuronas motoras y estimular la relajación y el bienestar. El masaje es una forma práctica de curación. Algunos ejemplos de masaje terapéutico son el sueco, el de tejido profundo, el deportivo y el de silla. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de la Asignación para bienestar junto con el comprobante de pago y cualquier información adicional que se indique en el formulario. El comprobante de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre del representante del miembro que figura en los registros. Llame a Servicios para los miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web thpmp.org/forms. Envíe el formulario completado con los documentos requeridos a la dirección que se indica en el formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros.	
Acondicionamiento físico SilverSneakers® (disponible para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) que viven en el condado de Worcester solamente) SilverSneakers® puede ayudarlo a tener una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Como miembro de Tufts Medicare Preferred usted cuenta con cobertura para recibir un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en centros participantes,[1] donde puede tomar clases[2] y usar los equipos de ejercicio y otras	Usted paga $0 por este programa (se aplica a los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) que viven en el condado de Worcester únicamente).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación instalaciones/servicios, sin costo adicional para usted. Inscríbase en tantos lugares como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicio grupales especialmente diseñadas, en línea, los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le da opciones para estar activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otras ubicaciones dentro de su vecindario. SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y recursos en línea a través de videos SilverSneakers bajo pedido y la aplicación móvil SilverSneakers GO. También tiene acceso a Burnalong® con una comunidad virtual de apoyo y miles de clases para todos los intereses y capacidades. Para los miembros que prefieren ejercitarse en su casa, los kits de entrenamiento en el hogar de SilverSneakers son una buena forma de iniciar su camino de acondicionamiento físico. Ya sea que no está seguro de por dónde empezar o no está listo para la experiencia del "gimnasio", comience a ejercitarse con facilidad con un kit de acondicionamiento físico en el hogar de SilverSneakers. Los miembros que eligen kits de acondicionamiento físico en el hogar de SilverSneakers pueden pedir que se les envíe uno de los siguientes kits de ejercitación: • Caminata, que incluye un podómetro; • Fuerza, que incluye bandas de resistencia; • Tonificación, que incluye una pelota de ejercicio; o • Yoga, que incluye una correa de yoga. Cada kit de ejercicio en el hogar también viene con una guía de inicio rápido. Visite thpmp.org y busque “SilverSneakers” para obtener más información o para comenzar. Para encontrar centros de acondicionamiento físico SilverSneakers y clases comunitarias, los miembros pueden visitar SilverSneakers.com o llamar al **1-888-423-4632** (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación **Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.** Notas de pie de página: [1]Los centros participantes (Participating locations, "PL") no son propiedad ni están administrados por Tivity Health, Inc. ni sus entidades afiliadas. El uso de las instalaciones y los servicios de los PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica del PL. Las instalaciones y comodidades varían según el PL. [2]La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico de SilverSneakers impartidas por instructores. Algunos centros ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según el lugar. Burnalong es una marca comercial registrada de Burnalong, Inc. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	
Programas de control del peso El plan cubrirá las cuotas de los programas de pérdida de peso, como WeightWatchers o un programa de pérdida de peso en un hospital. Este beneficio no cubre los costos de comidas/alimentos preenvasados, libros, videos, básculas ni otros artículos o suministros. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para el programa de control de peso junto con el comprobante de pago y cualquier información adicional que se indique en el formulario. El comprobante de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre del representante del miembro que figura en los registros. Llame a Servicios para los miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web thpmp.org/forms. Envíe el formulario completado con los documentos requeridos a la	El plan les reembolsará a los miembros hasta $150 por año calendario por concepto de cuotas de los programas para pérdida de peso. El impuesto sobre la venta no es elegible para el reembolso. Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del siguiente año. La Asignación de los Programas de control del peso y la Asignación para bienestar (Wellness Allowance) son asignaciones separadas.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación dirección que se indica en el formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros.	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas y de equilibrio con fines de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando usted las recibe de parte de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$40 de copago por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.
Exámenes auditivos adicionales de rutina • Examen auditivo de rutina cada año calendario Una prueba auditiva de rutina es una prueba simple de “aprobado” o “reprobado”. Su propósito es determinar si usted tiene audición normal o no. Si usted tiene pérdida de audición conocida u otros problemas auditivos como tinnitus, el examen se considerará un examen de diagnóstico y se aplicará el copago correspondiente al examen auditivo de diagnóstico.	$0 de copago por una prueba auditiva de rutina anual.
Prueba(s) para el ajuste de audífonos *Los costos compartidos por estos artículos/servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo anual que paga de su bolsillo.	Usted paga $0 por evaluaciones para adaptación de audífonos que se hagan por parte de **TruHearing, Inc.** Si se realizan pruebas de diagnóstico, podrían aplicar costos compartidos adicionales.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios auditivos - continuación	
Audífonos • **Todos los tipos** Nota: • **TruHearing, Inc.** es un proveedor de audífonos dentro de la red y se puede contactar al 1-866-335-9426. • El formulario de audífonos que se menciona en la columna derecha está disponible a través de **TruHearing, Inc.** en el número indicado arriba. Los audífonos que no aparecen en el formulario de **TruHearing, Inc.** no están cubiertos. *Los costos compartidos por estos artículos/servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo anual que paga de su bolsillo.	Usted es elegible para recibir hasta 2 audífonos cubiertos por año (1 audífono por oído) a través de **TruHearing, Inc**. Para que estén cubiertos, los audífonos deben estar en el formulario de **TruHearing, Inc**. y deben comprarse a través de **TruHearing, Inc**. Usted paga un copago por cada audífono cubierto, y el monto del copago depende del tipo de audífono comprado a través del formulario de **TruHearing, Inc.** $250 de copago por un audífono de nivel Standard. $475 de copago por un audífono de nivel Superior. $650 de copago por un audífono de nivel Advanced.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios auditivos - continuación	\$850 de copago por un audífono de nivel Advanced Plus. \$1,150 de copago por un audífono de nivel Premier.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran a través del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3. ***Puede requerirse una autorización previa.***

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Agencia de atención médica a domicilio - continuación • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas, de otra manera, por el beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar	Usted paga $0 por servicios de tratamiento de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. ***Podría requerirse una autorización previa.***
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación	
programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito para obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, usted solo paga el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red	Medicare, no Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación • Si obtiene sus servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido conforme a Original Medicare **Para los servicios cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que estén relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido la serie completa, no conoce su historial de vacunación o padece alguna otra afección que le exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B ni COVID-19 y otras vacunas si su salud está en riesgo, y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. Se aplica el costo compartido de la Parte B de Medicare para otras vacunas que cumplen con los requisitos de cobertura

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Inmunizaciones - continuación	de la Parte B de Medicare y se reciben cuando usted no tiene riesgo. Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare en esta Tabla de beneficios médicos para conocer los costos compartidos que se aplican.
Evaluación de seguridad en el hogar **Servicio adicional cubierto por Tufts Medicare Preferred** La evaluación de la seguridad en el hogar se realiza cuando la recomienda el PCP, el administrador de casos u otro proveedor de atención médica del miembro. Esta evaluación es para los miembros que no reúnen los requisitos para la evaluación de la seguridad en el hogar de Original Medicare. La evaluación de la seguridad en el hogar incluye determinar el riesgo de que un miembro sufra una caída a partir de las siguientes consideraciones: 1. La prueba Levantarse y caminar 2. Revisión de los medicamentos 3. Un historial detallado de caídas, problemas de equilibrio o incontinencia 4. Una evaluación de si algún dolor o problemas articulares podrían contribuir al riesgo de caídas 5. Un examen de la vista y un examen de la audición 6. Evaluación de las habitaciones comunes de la casa (sala de estar, cocina, dormitorio y baño) para detectar riesgos ambientales (tapetes, cables, iluminación, pasamanos)	$0 de copago.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios en hospitales de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Para la atención en un hospital general para afecciones agudas, usted tiene cobertura para tantos días como sean médicamente necesarios: no hay un límite. No se aplican los períodos de beneficios de Medicare a las estadías en hospitales de cuidados agudos. Para atención en un centro de rehabilitación u hospital de atención a largo plazo para afecciones agudas, usted tiene cobertura hasta por 90 días por cada período de beneficios. Puede usar sus 60 días de reserva de por vida para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o a largo plazo. La cobertura se limita por el uso previo, parcial o completo de esos días, que solo pueden utilizarse una vez en la vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluye dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación	Cada vez que usted ingresa a un hospital de cuidados agudos, a un hospital de rehabilitación de afecciones agudas o a un hospital de cuidados agudos a largo plazo, usted paga $350 cada día por los días 1-5 y $0 después del día 5. No se aplicará un copago separado si durante su admisión necesita un nivel de atención superior que requiera un traslado a otro hospital dentro de la red que brinde un tipo de atención similar, con el fin de continuar su atención, incluso si no regresa al hospital donde fue admitido inicialmente para recibir atención adicional antes del alta. Un traslado de un centro a otro que brinde un tipo de atención diferente (como de un centro de atención de enfermería especializada a un hospital de cuidados agudos) cuenta como una admisión aparte y requerirá un copago separado aplicable. Un período de beneficio comienza el primer día en que ingresa en un hospital para pacientes internados cubierto por Medicare o en un centro de enfermería especializada

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación	
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por el trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes podrían ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. En general, los trasplantes solo están cubiertos en nuestra área de servicio. • Sangre: se incluyen el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente	(Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios termina cuando no ha estado como paciente internado en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante 60 días consecutivos. Si va al hospital (o SNF) después de que haya finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. ***Puede requerirse una autorización previa.***

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación	
externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un *paciente externo*, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Para los servicios de hospitalización para pacientes internados por salud mental o por trastorno por consumo de sustancias, es necesario que usted utilice el hospital que esté dentro del círculo de remisiones de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y que haya sido designado para servicios de salud mental. Esto puede requerir una transferencia desde el hospital que su PCP utiliza para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para servicios de salud mental.	Cada vez que usted ingresa a un hospital psiquiátrico por servicios cubiertos, usted paga $275 cada día por los días 1-5 y $0 después del día 5. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos de atención de salud mental para pacientes internados que se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. (Puede ver la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Sin embargo, los costos compartidos descritos anteriormente se aplican cada vez que sea ingresado en el hospital, inclusive si es ingresado varias veces durante un período de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - continuación	Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día de alta.
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos	$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare que se brindan en el hospital o centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta - continuación • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	
Terapia médica nutricional Este beneficio es para personas que padecen diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden de su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, usted podría obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario. **Terapia adicional de nutrición médica** También cubrimos 3 horas adicionales de servicios de asesoramiento individual cada 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada sesión adicional de una hora de servicios de terapia nutricional médica individualizada.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)	
Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, usted podría necesitar pruebas y estudios de exploración, y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de	**Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare** $35 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ***Puede requerirse una autorización previa.*** **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare** Hasta 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. El costo compartido real que le corresponde por cada trimestre podría variar con base en el ajuste para reembolsos aplicables proporcionados por Medicare. Su costo compartido no excederá 20% del coseguro por todos los medicamentos con

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación	
exploración y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	receta de la Parte B de Medicare que no son insulina. ***Puede requerirse una autorización previa.***
• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca 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 • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas después de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas	**Medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare** Hasta 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. El costo compartido real que le corresponde por cada trimestre podría variar con base en el ajuste para reembolsos aplicables proporcionados por Medicare. Su costo compartido no excederá 20% del costo por todos los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare que no son insulina.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Procrit® o Retacrit®). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Categorías de medicamentos para tratamiento escalonado de la Parte B: • Enfermedades poco frecuentes • Autoinmunes • Preparaciones de hierro, Parenterales • Oncología • Oncología, de soporte • Trastornos de la Retina • Inyección de acetónido de triamcinolona • Viscosuplementos • Toxinas botulínicas • Trastornos endocrinos Este enlace le dirigirá hacia una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a tratamiento escalonado:	***Puede requerirse una autorización previa.*** Estos medicamentos con receta están cubiertos por la Parte B y no están cubiertos por el Programa de medicamentos con receta de Medicare (Parte D). Los medicamentos de la Parte B podrían estar sujetos a los requerimientos del Tratamiento escalonado.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación point32health.org/provider/medical-benefit-drug-medical-necessity-guidelines/ También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte B.	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	$25 de copago por encuentro por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento para opioides - continuación • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	
Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Radiografías	$20 de copago por día por radiografías cubiertas por Medicare. Usted solo pagará un copago por día, aunque se realicen varias radiografías. No se requiere copago por las radiografías que se realicen y facturen como parte de una consulta en el consultorio o una consulta de atención de urgencia. ***Puede requerirse una autorización previa.***
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros de los técnicos	$60 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. ***Puede requerirse una autorización previa.***
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare; usted paga 0% de coseguro por suministros médicos cubiertos por

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios y suministros terapéuticos - continuación	
	Medicare proporcionados como parte de una consulta en el consultorio.
• Análisis de laboratorio	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. ***Puede requerirse una autorización previa.***
• Sangre: se incluyen el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. Incluyen, entre otros, estudios del sueño, electrocardiogramas (EKG), pruebas de esfuerzo, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria.	$20 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare. Usted solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas. No se requiere copago por servicios de pruebas de diagnóstico que se realicen y facturen como parte de una consulta en el consultorio o una consulta de atención de urgencia. ***Puede requerirse una autorización previa.***

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios y suministros terapéuticos - continuación	
• Servicios radiológicos de diagnóstico, como ecografías, imágenes cardíacas nucleares, tomografía por emisión de positrones (PET), imagen por resonancia magnética (MRI) y tomografía computarizada (CT)	$100 de copago por día por una ecografía cubierta por Medicare. $250 de copago por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías. Usted solo pagará un copago por día, aunque se realicen varios servicios de radiología de diagnóstico. ***Puede requerirse una autorización previa.*** Si recibe varios servicios prestados por distintos proveedores, se aplicará un costo compartido separado según corresponda. Antes de que reciba servicios de radiología terapéuticos o de diagnóstico, como radiografías, ecografías, tomografía por emisión de positrones (PET), imagen por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) o servicios de radioterapia, primero debe obtener una orden por escrito o receta de su PCP, o de un especialista al que haya sido remitido por su PCP, según corresponda.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	$300 de copago por estadía por cada servicio cubierto por Medicare. Si recibe servicios adicionales para pacientes externos mientras se encuentra en observación, es posible que se aplique un costo compartido adicional. ***Puede requerirse una autorización previa.*** Usted no paga el monto de copago correspondiente a la observación hospitalaria para pacientes externos si se le ingresa al hospital como paciente internado en un plazo de un día por la misma afección. Consulte **Atención hospitalaria para pacientes internados** en esta tabla para más detalles, incluidos los copagos correspondientes.
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación	
• Servicios en un departamento de emergencias	Para conocer los costos compartidos que se aplican a los servicios de emergencia, consulte **Atención de emergencia** en esta tabla.
• Servicios prestados en una clínica para pacientes externos	Consulte **Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico**.
• Observación o cirugía para pacientes externos	Para conocer los costos compartidos que se aplican a los servicios de observación, consulte **Observación hospitalaria para pacientes externos** en esta tabla. Para conocer los costos compartidos que se aplican a la cirugía para pacientes externos, consulte **Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios** en esta tabla.
• Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital	Para conocer los costos compartidos que se aplican a servicios de laboratorio y pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación	
	radiología y suministros médicos, consulte **Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos** en esta tabla.
• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención	Para conocer los costos compartidos que se aplican a la atención de salud mental y la hospitalización parcial, consulte las secciones **Atención de salud mental para pacientes externos** y **Servicios de hospitalización parcial** en esta tabla. Para conocer los costos compartidos que se aplican a los servicios de Atención de dependencia química, consulte **Servicios por trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos** en esta tabla.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos** en esta tabla.
• Suministros médicos como entablillados y yesos	Para conocer los costos compartidos que se aplican a suministros médicos, consulte **Pruebas de diagnóstico,**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación	
	servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos en esta tabla.
• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)* disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).	Para conocer los costos compartidos que se aplican a los medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse, consulte **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare** en esta tabla.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico (Clinical social worker, CSW), especialista en enfermería clínica (Clinical nurse specialist, CNS), consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales correspondientes.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes externos - continuación	
• Servicios prestados por un psiquiatra	$25 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Usted paga $0 por consultas breves en el consultorio (por hasta 15 minutos) cuyo único fin sea el de supervisar los medicamentos o cambiarlos. $25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga $0 por consultas breves en el consultorio (por hasta 15 minutos) cuyo único fin sea el de supervisar los medicamentos o cambiarlos.
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental	$25 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. Usted paga $0 por consultas breves en el consultorio (por hasta 15 minutos) cuyo único fin sea el de supervisar los medicamentos o cambiarlos. $25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga $0 por consultas breves en el consultorio (por hasta 15 minutos) cuyo único fin sea el de supervisar los medicamentos o cambiarlos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje	$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. $0 por una consulta de fisioterapia posterior a un procedimiento quirúrgico como paciente externo antes del alta. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.***
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. $0 por una consulta de terapia ocupacional posterior a un procedimiento quirúrgico

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación	
	como paciente externo antes del alta. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.*** Consulte **Servicios de rehabilitación cardíaca** y **Servicios de rehabilitación pulmonar** en esta tabla para información de cobertura para estos servicios.
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos La cobertura a través de la Parte B de Medicare está disponible para los servicios de tratamiento que se brindan en el departamento de pacientes externos de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento de trastornos por el consumo de sustancias o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que generalmente se aplican a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes externos.	$25 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $25 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Consulte **Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos** para

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - continuación	
	pacientes externos en esta tabla para información de cobertura para este servicio si un proveedor certifica que sería necesario un tratamiento como paciente internado sin dicha atención.
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	$0 de copago por colonoscopias cubiertas por Medicare. $300 de copago por día por cualquier otro procedimiento y servicio para pacientes externos; incluidos, entre otros, endoscopias de diagnóstico y terapéuticas, y cirugías para pacientes externos realizadas en un hospital para pacientes externos. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios - continuación	
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.*** $0 de copago por colonoscopias cubiertas por Medicare. $170 de copago por día por cualquier otro procedimiento y servicio para pacientes externos; incluidos, entre otros, endoscopias de diagnóstico y terapéuticas, y cirugías para pacientes externos realizadas en un centro quirúrgico ambulatorio. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.***
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud	$55 de copago por consulta por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos - continuación mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un Centro de Salud Calificado Federalmente (Federally Qualified Health Centers) o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinics), que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en el consultorio de un consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$55 de copago por consulta por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico y que realiza un proveedor de atención primaria	$10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga $0 de copago por una comunicación cubierta con su proveedor de atención primaria a través de un portal en línea para pacientes (también denominada consulta virtual).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento para pacientes externos de un hospital o en cualquier otra ubicación	Consulte **Cirugía para pacientes externos** que se menciona anteriormente en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables por consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.
• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga $0 de copago por una comunicación cubierta con un especialista a través de un portal en línea para pacientes (también denominada consulta virtual). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Otros profesionales de la atención médica	El copago de un PCP o especialista se aplica según el servicio cubierto por Medicare. Usted paga $0 de copago por una comunicación cubierta con un profesional de atención médica que no sea su proveedor de atención primaria o con un especialista

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación	
	a través de un portal en línea para pacientes (también denominada consulta virtual). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Exámenes auditivos básicos y de equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	El copago aplicable de un PCP, especialista o examen auditivo se aplica según el servicio cubierto por Medicare. Consulte **Servicios auditivos** en esta tabla para el costo compartido por examen auditivo.
• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de especialistas (según se describe en **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico** que se mencionan más arriba). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación	
	esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de especialistas (según se describe en **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico** que se mencionan más arriba). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de PCP o especialistas según el tipo de servicio brindado cubierto por Medicare (como se describe en **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico** que se mencionan más arriba). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación	
	esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de PCP o especialistas según el tipo de servicio brindado cubierto por Medicare (como se describe en **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico** que se mencionan más arriba). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural (Rural Health Centers) y Centros de Salud Calificados Federalmente (Federally Qualified Health Centers)	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de PCP o especialistas según el tipo de servicio brindado cubierto por Medicare (como se describe en **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico** que se mencionan más arriba).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación	
	Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	$0 de copago por un control virtual con su PCP, otros profesionales de la salud, o un especialista. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la cita más cercana disponible	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de PCP o especialistas según el tipo de servicio brindado cubierto por Medicare (como se describe en **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico** que se mencionan más arriba). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación	
	Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de especialistas (según se describe en **Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico** que se mencionan más arriba). Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.
• Examen físico anual (un examen más completo que una consulta de bienestar anual. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, pulmón, cabeza y cuello, y el sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de los medicamentos con receta; y una revisión de cualquier hospitalización reciente). Está cubierto una vez cada año calendario	Consulte **Examen físico anual de rutina** en esta tabla para el costo compartido que aplica.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Consultas de seguimiento tras el alta de un hospital, SNF, estadía en centros de salud conductual, observación para pacientes externos u hospitalización parcial	$0 copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Servicios de telesalud adicionales no cubiertos por Medicare, entre ellos: ○ Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales de la salud (asistentes médicos (Physician Assistants, PAs) y enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NPs)) ○ Servicios de un especialista médico ○ Sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud conductual ○ Sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos ○ Servicios del Programa de tratamiento para opioides ○ Servicios de observación ○ Sesiones individuales y grupales para Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos ○ Servicios educativos sobre la enfermedad renal ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ○ Servicios de urgencia ○ Fisioterapia y servicios de patología del habla y el lenguaje ○ Servicios de supervisión remota de pacientes ○ Servicios de rehabilitación pulmonar ○ Servicios de hospitalización parcial ○ Servicios intensivos para pacientes externos ○ Servicios de rehabilitación cardíaca ○ Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva	Usted paga $0 de copago por los servicios de supervisión remota de pacientes. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Se puede requerir una autorización previa para los servicios de supervisión remota de pacientes.*** En el caso de todos los demás servicios adicionales de telesalud, usted es responsable por el mismo costo compartido que se aplica a cada servicio específico, y los mismos requerimientos se aplican a la correspondiente consulta en persona. Consulte las secciones relevantes de esta tabla de beneficios para conocer los montos aplicables de costo compartido y otros requerimientos que podrían aplicar.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio del médico - continuación • La cobertura de telesalud adicional incluye únicamente consultas sincrónicas de audio y video con su médico mediante un programa informático de comunicación conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) • Los servicios de telesalud adicional están cubiertos con proveedores de la red desde cualquier ubicación • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o bien, a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores (como, entre otras, la diabetes)	Usted paga $40 por cada consulta cubierta por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted corre un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la cuota por la administración (inyección) del medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas las de evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años y más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros,	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados - continuación	
pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas, para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla. Nota: • Para tener cobertura, el dispositivo/los suministros deben estar **cubiertos por el plan**; **ser médicamente necesarios**; ser proporcionados por un **proveedor dentro de la red para DME o de dispositivos ortésicos y protésicos (Orthotics and Prosthetics, O&P)**, y, en algunas circunstancias, tener una **autorización previa** en el expediente. • Para obtener ayuda para determinar si los dispositivos/los suministros están cubiertos, y/o si se requiere una autorización previa, y/o si un proveedor de DME o de dispositivos ortésicos y protésicos (Orthotics and Prosthetics, O&P) está en nuestra red, llame a Servicios para los miembros.	Usted paga 20% de coseguro con una receta por escrito proporcionada por un proveedor de la red a un proveedor de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) o a un proveedor de dispositivos ortésicos y protésicos (Orthotics and Prosthetics, O&P) de la red. ***Puede requerirse una autorización previa.***
Artículos para el tratamiento de compresión para linfedema El plan cubre hasta 12 prendas y accesorios relacionados con el tratamiento de compresión para linfedema cada 6 meses para los miembros con cualquier diagnóstico de linfedema. Los artículos para el tratamiento de compresión para linfedema deben ser recetados por un médico (o un asistente médico, enfermero con	Usted paga 20% de coseguro con una receta por escrito

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados - continuación	
práctica médica o especialista en enfermería clínica). No están cubiertos los artículos de tratamiento de compresión para linfedema para cualquier diagnóstico que no sea linfedema. Los artículos solo pueden ser proporcionados por un proveedor de Equipo médico duradero, dispositivos prostéticos, ortésicos y suministros (Durable Medical Equipment, Prosthetic Devices, Prosthetics, Orthotics, & Supplies, DMEPOS). Todos los proveedores, incluidos los fisioterapeutas y otros profesionales que suministren sistemas de vendaje, deben estar inscritos como proveedores de DMEPOS para que se les pague por suministrar artículos de tratamiento de compresión para linfedema. Las siguientes categorías de artículos para el tratamiento de compresión para linfedema están cubiertas cuando se determina que son razonables y necesarias para el tratamiento para linfedema: • Prendas de compresión con gradiente diurno estándar • Prendas de compresión con gradiente diurno personalizadas • Prendas de compresión con gradiente nocturno • Vendas de compresión gradual con correas ajustables • Accesorios (p.ej., cremalleras, forros, acolchados o rellenos, etc.) necesarios para el uso eficaz de una prenda o venda de compresión con gradiente • Material de vendaje compresivo • Otros artículos determinados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) como artículos de tratamiento de compresión para linfedema	proporcionada por un proveedor de la red a un proveedor de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) o a un proveedor de dispositivos ortésicos y protésicos (Orthotics and Prosthetics, O&P) de la red. ***Puede requerirse una autorización previa.***
Suministros médicos Artículos médicamente necesarios u otros materiales que se usan una sola vez y luego, se desechan o se consumen por completo. Incluye, entre otros: catéteres, gasas, materiales para apósitos	Usted paga 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare; usted paga $0 por suministros médicos cubiertos por Medicare proporcionados

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados - continuación quirúrgicos, vendajes, agua esterilizada y suministros para traqueostomía.	como parte de una consulta en el consultorio.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que tienen una remisión para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.***
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas, y sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige brindar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una, y si usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Usted está en riesgo elevado porque usa o ha usado medicamentos inyectables ilícitos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C - continuación • Usted tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera que está en riesgo elevado, cubrimos una sola vez por una prueba de detección. Si usted está en riesgo elevado (por ejemplo, ha seguido usando medicamentos inyectables ilícitos desde su más reciente prueba de detección para hepatitis C con resultados negativos), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando las solicita el proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos, cara a cara y superintensivas de asesoramiento conductual por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Servicios de diálisis y para enfermedades renales incluyen:	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance)	20% de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si ingresa al hospital como paciente internado para recibir atención especial)	Consulte **Atención hospitalaria para pacientes internados.**
• Capacitación para la autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Equipos y suministros para la autodiálisis en su hogar	Consulte **Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados.**
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)	Consulte **Agencia de atención médica a domicilio.**
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B** de esta tabla.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Para obtener una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF). Usted tiene cobertura durante un máximo de 100 días en cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluye dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluyen el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente prestan los SNF	$0 de copago cada día por los días 1 al 20, $170 de copago cada día por los días 21 al 44, y $0 de copago cada día por los días 45 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. ***Puede requerirse una autorización previa.***

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente provistos por los SNF • Servicios de médicos o profesionales Por lo general, su atención en los SNF la obtendrá en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	El período de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Se cubre el asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco para pacientes externos y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumo de tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento podría incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, mediante las cuales el paciente recibiría hasta 8 sesiones por año). El asesoramiento telefónico para dejar de fumar también está disponible a través del Programa de prevención y abandono del tabaco de Massachusetts (Massachusetts Tobacco Cessation and Prevention Program, MTCP), un servicio gratuito, basado en la evidencia para dejar de fumar desarrollado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health). Si está listo para dejar de fumar o está pensando en hacerlo, pregúntele a su médico sobre el Programa de prevención y abandono del tabaco de Massachusetts (MTCP), o consulte mass.gov/massachusetts-tobacco-cessation-and-prevention-program-mtcp, o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) - continuación Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios excedan a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (Physician Assistant, PA) o enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP)/especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS), que debe estar capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas El SET podría estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. ***Puede requerirse una autorización previa.***
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean	$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Este copago **sí** se aplica si lo ingresan en un hospital como paciente internado dentro de un día por la misma afección. Consulte la sección **Atención de emergencia** en la Tabla de beneficios médicos para

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de urgencia - continuación	
médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Su plan incluye cobertura para servicios de urgencia en todo el mundo.	conocer los costos compartidos que se aplican a una consulta de atención de urgencia en una sala de emergencias.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto Nota: ○ Los servicios para el diagnóstico y tratamiento de cataratas se consideran de diagnóstico, y se aplicará el monto de copago descrito en esta sección. ○ Consulte la información adicional que está a continuación para conocer la cobertura de los exámenes de la vista de rutina.	$15 de copago por cada consulta de paciente externo cubierta por Medicare para servicios destinados a diagnosticar y/o tratar una enfermedad o afección del ojo. Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. No se requiere remisión para consultar a un optometrista, pero debe acudir a un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	
• Para las personas que corren un riesgo alto de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un riesgo alto de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas que padecen diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más	$0 de copago por una prueba de detección de glaucoma anual si es usted una persona con alto riesgo. Si recibe este servicio como parte de una consulta en el consultorio que aborda una afección médica, usted paga el copago de un examen de diagnóstico de la vista descrito en la primera viñeta que aparece más arriba.
• Para personas que padecen diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	$0 de copago Puede requerirse una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le brindará esta remisión si se requiere. Consulte el Capítulo 3 Sección 2.3 para obtener más información sobre el proceso de remisión. No se requiere remisión para consultar a un optometrista, pero debe acudir a un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.
• Un par de anteojos terapéuticos (con receta) por año calendario (incluye un par de marcos y lentes de visión sencilla, bifocales o trifocales) después de la cirugía de cataratas o mientras sea médicamente necesario o lentes	Usted paga $0 por un par de anteojos con marcos o lentes de contacto. No se requiere remisión para este servicio, pero debe

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	
de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o seudoafaquia. Nota: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándares después de la colocación de lentes de contacto como se indica a continuación: ○ Los miembros recibirán una adaptación inicial de los lentes de contacto y hasta 2 consultas de seguimiento, disponibles una vez que se ha completado un examen integral de la vista. ○ El miembro debe completar el seguimiento en un plazo de 45 días calendario a partir de la adaptación, y la adaptación y el seguimiento se deben llevar a cabo por el mismo proveedor.	obtener los anteojos o lentes de contacto cubiertos de un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Lentes/marcos correctivos (y reemplazos) necesarios tras una extracción de cataratas sin implante de lente. (Los tintes, el recubrimiento antirreflejante, las lentes UV o las lentes de gran tamaño están cubiertos solo cuando el médico tratante lo considera médicamente necesario). Nota: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándares después de la colocación de lentes de contacto como se indica a continuación: ○ Los miembros recibirán una adaptación inicial de los lentes de contacto y hasta 2 consultas de seguimiento, disponibles una vez que se ha completado un examen integral de la vista. ○ El miembro debe completar el seguimiento en un plazo de 45 días calendario a partir de la adaptación, y la	$0 de copago por un par de anteojos cubiertos por Medicare con marcos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, cuando se obtienen de un proveedor de la red de EyeMed Vision Care. No se requiere remisión para este servicio, pero debe obtener los anteojos o lentes de contacto cubiertos de un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	
adaptación y el seguimiento se deben llevar a cabo por el mismo proveedor.	
• Un examen de la vista de rutina cada año calendario	$15 de copago por un examen de la vista de rutina anual. Las refracciones de la vista no están cubiertas si se facturan por separado del examen de la vista de rutina. Las refracciones no tienen cobertura, excepto cuando se incluyen y se facturan como parte de un examen de la vista de rutina. No se requiere remisión para un examen de la vista de rutina anual, pero debe acudir a un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.
• Los anteojos estándar (lentes con receta médica, marcos, una combinación de lentes y marcos) y/o los lentes de contacto, incluidas las mejoras cubiertas cada año calendario. Este beneficio no se puede combinar con los beneficios para anteojos/lentes de contacto descritos en los puntos cuarto y quinto enumerados anteriormente. Para comunicarse con EyeMed Vision Care si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863.	Para tener acceso al beneficio anual de anteojos o lentes de contacto, usted puede comprar anteojos o lentes de contacto de cualquier proveedor. Solo se permite una compra por año calendario hasta el monto del beneficio; cualquier monto no utilizado después de la compra única expirará y no puede aplicarse a otra compra durante el año calendario.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	Si elige un proveedor participante de EyeMed Vision Care, usted tiene el beneficio de hasta $150 por año calendario que se aplica en el momento en el que se brinda el servicio y usted sería responsable de pagar cualquier saldo restante. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación. Si acude a un proveedor no participante, tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Se le reembolsarían hasta $150 por año calendario. Deberá presentar una reclamación ante EyeMed Vision Care para obtener el reembolso. Llame a Servicios para los miembros para solicitar el formulario de reclamación. Los artículos que están en promoción están excluidos y este beneficio no se puede combinar con ningún otro descuento de la tienda, cupones o códigos promocionales. Si el costo de los anteojos supera el límite del beneficio, usted es responsable de todos los gastos adicionales. El proveedor del plan que presta los servicios, anteojos o lentes de contacto para la atención de la vista de rutina podría ser diferente del proveedor del plan que presta

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	
	los servicios, anteojos o lentes de contacto para el tratamiento de afecciones descritas en las primeras cinco viñetas. Llame a Servicios para los miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios para la vista.
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inmunizaciones (o vacunas)) y remisiones a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.
• Electrocardiograma cubierto por Medicare después de la Consulta de bienvenida a los servicios preventivos	$20 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.
Pelucas Las pelucas están cubiertas para los miembros que pierden el cabello debido a un tratamiento contra el cáncer. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para miembros junto con el comprobante de pago y cualquier información adicional que se indique en el formulario. El comprobante de pago debe estar a nombre del miembro o, en su	El plan cubre hasta $500 por año calendario.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pelucas - continuación	
defecto, a nombre del representante del miembro que figura en los registros. Llame a Servicios para los miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web thpmp.org. Envíe el formulario completado con los documentos requeridos a la dirección que se indica en el formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros.	Para el beneficio de pelucas, usted puede comprar la peluca a cualquier proveedor. Si elige un proveedor participante, usted tiene el beneficio de $500 por año calendario, que se aplica en el momento en el que se brinda el servicio, y deberá pagar cualquier saldo restante. Además, usted tiene acceso a descuentos si utiliza proveedores participantes. Encontrará los proveedores participantes en el *Directorio de proveedores*. Si acude a un proveedor no participante, tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Deberá presentar una reclamación al plan para obtener el reembolso. Llame a Servicios para los miembros para solicitar el formulario de reclamación. Si el costo de la peluca supera el límite del beneficio ($500), deberá pagar todos los gastos adicionales. No se requiere una remisión para este beneficio.

Sección 2.1 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan **Beneficios**

complementarios opcionales. Si desea tener acceso a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse y es posible que tenga que pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Tufts Medicare Preferred Dental Option es un paquete de beneficios complementarios opcionales. Esta cobertura dental no está cubierta por Original Medicare y no está incluida en su paquete de beneficios como miembro del plan. Si usted desea tener acceso a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse y tendrá que pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio. Este beneficio complementario es administrado por Dominion National y está disponible para los miembros que se hayan inscrito en determinados planes Tufts Medicare Preferred HMO.

Si tiene más preguntas sobre Tufts Medicare Preferred Dental Option, llame al número de Servicios para los miembros que aparece en la contratapa de este documento.

¿Cómo funciona Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Los beneficios se proporcionan bajo Tufts Medicare Preferred Dental Option solo para los servicios proporcionados por un dentista que participa en la red Dominion PPO. Cualquier cantidad que se le requiera pagar a su dentista de la red se explica en la Tabla de beneficios de Tufts Medicare Preferred Dental Option que se muestra a continuación. Los servicios prestados por proveedores no participantes no estarán cubiertos.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro dental cuando acuda a su cita dental. Su dentista de la red Dominion PPO presentará la reclamación directamente a Dominion una vez que se hayan prestado los servicios. Dominion realizará los pagos directamente al dentista de la red Dominion PPO.

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

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

Un dentista de la red es un dentista con licencia que ha firmado un acuerdo con Dominion para prestar servicios a sus asegurados. Para saber si su dentista es un dentista de la red Dominion PPO o si necesita un nuevo dentista, consulte el *Directorio dental* que se encuentra en thpmp.org/dentist, o comuníquese con Servicios para los miembros al número que aparece en la contratapa de este documento.

Servicios dentales cubiertos por Tufts Medicare Preferred Dental Option

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas en esta sección. Los servicios dentales descritos en esta sección son servicios dentales cubiertos cuando dichos servicios son proporcionados por un proveedor participante en la red Dominion PPO. No se requieren autorizaciones previas bajo este plan.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tufts Medicare Preferred Dental Option* *Los costos compartidos por estos artículos/servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo anual que paga de su bolsillo. Tufts Medicare Preferred Dental Option es un beneficio complementario opcional, debe registrarse y tendrá que pagar una prima adicional. Con este plan, obtiene servicios preventivos, que incluyen radiografías, limpiezas de rutina y chequeos. También está cubierto por servicios dentales restaurativos menores y mayores sin período de espera. **El plan paga hasta el máximo del año calendario de $1,000 por todos los servicios dentales complementarios cubiertos. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las normas del plan y a los costos compartidos.** Los servicios dentales complementarios están cubiertos ***únicamente*** con los proveedores de la red de Dominion PPO Network. Para saber si su dentista es un dentista de la red Dominion PPO o si necesita un nuevo dentista, consulte el Directorio dental que se encuentra en thpmp.org/dentist, o comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este documento. Tufts Medicare Preferred Dental Option ***mejora*** su cobertura dental al reducir el costo compartido de los servicios básicos de Clase 2 y agregando cobertura para los servicios mayores de Clase 3. Si usted se inscribe en Tufts Medicare Preferred Dental Option, la cobertura dental descrita anteriormente en esta tabla bajo el plan de Tufts Medicare Preferred Dental Plan **no aplica en su caso**. La coordinación de beneficios se usa cuando usted tiene más de un plan dental. Estas normas determinan qué plan paga primero y qué plan paga en segundo lugar. Si este es su plan secundario, podríamos reducir nuestro pago en función de lo que su plan principal ya haya pagado. Juntos, ambos planes no pagarán más del costo permitido por su servicio dental	Usted paga un monto adicional correspondiente a la prima mensual de $41.50. La información de costo compartido se proporciona a continuación con base en la clase de servicios dentales que usted recibe. Consulte las siguientes secciones para obtener información importante adicional: **Estimados previos al tratamiento** para obtener una explicación de cómo buscar *Estimados previos al tratamiento* antes de recibir atención dental. **Limitaciones y exclusiones** *para Limitaciones y exclusiones* que se aplican a ambos, tanto al Tufts Medicare

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cubierto. Conforme a la cláusula de no duplicación de beneficios, este plan no podrá pagar beneficios adicionales si su plan principal ya pagó el mismo monto o más de lo que este plan habría pagado como plan principal.	Preferred Dental Plan (por lo que corresponde a la falta de prima adicional, lo que se describió anteriormente en este capítulo) y al Tufts Medicare Preferred Dental Option (por lo que corresponde a una prima adicional, lo que se describió anteriormente en esta sección).
Servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1 Examen oral integral (que incluye el historial dental inicial y el registro de los dientes) cubierto una vez cada 36 meses Evaluación oral periódica cubierta dos veces al año. Radiografías intraorales de aleta de mordida (radiografías de coronas dentales) cubiertas dos veces al año cuando las condiciones orales lo requieren. Profilaxis (limpieza, raspado y pulido dental de rutina) cubierta dos veces al año.	Usted paga $0 por servicios preventivos y de diagnóstico de Clase 1.
Servicios básicos de Clase 2 Evaluación oral de emergencia, exámenes centrados en el problema, cubiertos una vez cada 12 meses. Imagen radiográfica intraoral de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses. Imagen radiográfica intraoral de toda la boca (serie de boca completa) cubierta una vez cada 60 meses.	Usted paga 20% de coseguro por servicios básicos de Clase 2.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Imágenes radiográficas de un solo diente cubiertas según sea necesario. Empastes de plata y empastes blancos cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente. Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses después de un tratamiento periodontal activo, no combinable con las limpiezas habituales. Raspado y alisado radicular cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante. Raspado en presencia de una inflamación gingival generalizada moderada o grave, cubierto una vez cada 24 meses después de una evaluación oral y en lugar de una profilaxis cubierta. Desbridamiento oral completo cubierto una vez en la vida. Extracciones simples cubiertas una vez por diente. El tratamiento menor para el alivio del dolor solo está cubierto si no se realizó ningún otro servicio aparte del examen y las radiografías en la misma fecha de servicio.	
Clase 3 Servicios mayores Las restauraciones protectoras se cubren una vez por diente. **Cirugía oral** Las extracciones quirúrgicas se cubren una vez por diente. **Periodoncia** Cirugía periodontal: Se cubre un procedimiento quirúrgico en la vida; la gingivectomía o gingivoplastia y la cirugía ósea se cubren según sea necesario. Reemplazo de injertos óseos - retención de diente natural - primera zona en el cuadrante y cada zona adicional en el cuadrante se cubren una vez de por vida.	Usted paga un coseguro del 50% por los servicios mayores de Clase 3.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Regeneración tisular guiada, diente natural - membrana reabsorbible, por zona y membrana no reabsorbible, por zona se cubren una vez de por vida. **Endodoncia** El tratamiento de conducto se cubre una vez por diente en la vida. Apicectomía cubierta según sea necesario. Retratamiento de tratamiento de conducto cubierto una vez por diente en la vida, al menos 24 meses después de un primer tratamiento de conducto. **Mantenimiento de prótesis** La reparación de puente o dentadura postiza se cubre una vez cada 24 meses por puente o dentadura postiza. Se cubre un tratamiento de acondicionamiento de tejidos por dentadura postiza cada 84 meses. El agregado de dientes a dentaduras postizas existentes parciales o completas se cubre una vez por diente, por dentadura postiza cada 24 meses. El rebasado de dentaduras postizas se cubre una vez por dentadura postiza cada 24 meses.	
Servicios complementarios (prestados junto con el tratamiento principal) La anestesia local, la inhalación de óxido nitroso/analgesia y la ansiolisis se administran junto con la cirugía oral o periodontal cubierta y forman parte del tratamiento principal. **Prostodoncia** Las dentaduras postizas completas o parciales se cubren una vez por arco en un período de 84 meses. Los puentes fijos se cubren una vez cada 84 meses. **Nota:** No se cubre un puente fijo posterior ni una dentadura postiza removible en el mismo arco en un período de 84 meses; si una	Usted paga 50% de coseguro por los servicios mayores de Clase 3.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
dentadura postiza que se encuentra en el mismo arco que el puente fijo se cubrió en un período de 84 meses, no se recibirá el beneficio para el puente fijo. Las dentaduras postizas parciales temporales se cubren una vez cada 84 meses (para reemplazar cualquiera de los seis dientes frontales superiores o inferiores, pero solo si las dentaduras postizas parciales temporales se colocan inmediatamente después de la pérdida del diente durante el período de curación). **Servicios de restauración mayores (los dientes deben tener un buen pronóstico)** La colocación inicial de coronas y onlays se cubre una vez en un período de 84 meses por diente cuando los dientes no se pueden restaurar con empastes regulares debido a una fractura o a caries. Las coronas soportadas por implantes no son servicios cubiertos. El recementado de coronas y onlays se cubre una vez por diente cada 12 meses. Las inlays se cubren una vez por diente cada 84 meses. Los postes y muñones o las restauraciones de coronas, cuando sean necesarios para retener una corona en un diente muy dañado debido a caries y/o fracturas, se cubren una vez por diente cada 84 meses.	

¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

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

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

¿Cómo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Si es un miembro nuevo en este plan Tufts Medicare Preferred, debe completar la solicitud de inscripción al inscribirse en la cobertura médica y elegir Tufts Medicare Preferred Dental Option con una prima mensual adicional (los montos de las primas se enumeran en la tabla al comienzo de esta sección).

Si usted es un miembro inscrito o actual de Tufts Medicare Preferred HMO, deberá completar un formulario de inscripción de Tufts Medicare Preferred Dental Option para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option por una prima mensual adicional. Puede inscribirse por correo o llamando a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (TTY: 711). Para inscribirse por correo, descargue el formulario de inscripción de nuestro sitio web en www.thpmp.org/forms y siga las instrucciones del formulario.

Su prima dental debe pagarse de la misma manera que paga su prima médica. Consulte el *Capítulo 1, Sección 5* en esta *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre sus opciones de pago.

Cómo cancelar la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option

Puede cancelar voluntariamente la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option en cualquier momento del año con previo aviso, de una de estas tres maneras:

- llamando a nuestro departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono se enumeran en el reverso de este documento),
- enviando por correo o fax el formulario de cancelación de inscripción desde el sitio web, -O BIEN-
- enviando por correo o fax una carta firmada solicitando la cancelación de la inscripción. Su carta debe indicar claramente que desea cancelar su inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option e incluir su nombre en letra de molde en la carta y el número de identificación de miembro de Tufts Medicare Preferred.

Si necesita más información sobre cómo cancelar la inscripción utilizando estas opciones, comuníquese con Servicios para los miembros. La cancelación de su inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de su llamada telefónica solicitando la cancelación de la inscripción o su solicitud de cancelación de la inscripción completada y firmada. **La cancelación de su inscripción de Tufts Medicare Preferred Dental Option no afecta la inscripción en su plan Tufts Medicare Preferred HMO.**

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

Los períodos de elección de Beneficios complementarios opcionales se muestran anteriormente en esta sección en **¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?**

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

No se cobrará ninguna prima adicional por Tufts Medicare Preferred Dental Option una vez que se cancele su inscripción en el Beneficio complementario opcional. Si pagó meses adicionales, recibirá un reembolso.

Su prima para Tufts Medicare Preferred Dental Option se debe pagar a más tardar el día 15 de cada mes. Esta es la misma fecha en que vence la prima de su cobertura con Tufts Medicare Preferred HMO (si corresponde) y/o la multa por inscripción tardía de la Parte D. Todos los pagos de las primas se aplican primero a su cobertura médica y el resto se aplicará a su Tufts Medicare Preferred Dental Option. Si no paga la prima mensual de Tufts Medicare Preferred Dental Option, pero paga lo suficiente para cumplir con la prima mensual de su plan Tufts Medicare Preferred HMO, perderá los Beneficios complementarios opcionales incluidos en Tufts Medicare Preferred Dental Option, pero permanecerá inscrito en su plan Tufts Medicare Preferred HMO. Se le notificará por escrito si Tufts Medicare Preferred Dental Option se elimina de su cobertura Tufts Medicare Preferred HMO.

Si no paga su prima completa de su plan Tufts Medicare Preferred HMO, puede correr el riesgo de que se cancele la inscripción. Consulte la Sección 5 del Capítulo 8 de esta Evidencia de Cobertura para obtener información adicional sobre la falta de pago de las primas del plan. Si se cancela su inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option, no podrá volver a inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option hasta el próximo Período de elección anual o si califica para un Período de elección especial, y será responsable de cualquier saldo pendiente.

Estimados previos al tratamiento

Si el cargo por el tratamiento dental excede los trescientos dólares ($300), se recomienda que el dentista presente a Dominion una copia del plan de tratamiento ANTES de que comience el tratamiento. Un plan de tratamiento es una descripción detallada de los procedimientos que el dentista planea realizar e incluye un estimado de los cargos por cada servicio. Se revisará el estimado previo al tratamiento y se le emitirá a usted o al proveedor una descripción del estimado previo al tratamiento en el que se detallarán los beneficios que cubrirá su plan, junto con su responsabilidad estimada y el posible pago al consultorio dental. El estimado previo al tratamiento se basa en la elegibilidad y los beneficios disponibles en el momento en el que se procesa. No se requiere un estimado previo al tratamiento para recibir la atención.

Un estimado previo al tratamiento no es una garantía de pago. La reclamación por los servicios prestados se basará en la elegibilidad y los beneficios disponibles en el momento en el que se presente para pago y en otros procedimientos realizados, especialmente si se trata de la misma área/el mismo cuadrante/el mismo diente, lo que podría afectar la determinación/el pago real de la reclamación.

Limitaciones y exclusiones:

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

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

La cobertura se limita a los servicios enumerados en la Tabla de beneficios de Tufts Medicare Preferred Dental Option antes mencionada. Si un servicio no se encuentra en la lista, entonces no está cubierto.

Los servicios que no están cubiertos incluyen, entre otros:

- Los servicios y tratamientos que no se enumeran en la Evidencia de Cobertura no están cubiertos por el plan. Si un miembro recibe un servicio no cubierto, el miembro será responsable del pago total del servicio que no está cubierto.
- Se excluyen los gastos dentales incurridos con relación a cualquier procedimiento dental iniciado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El reemplazo de dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura no tiene cobertura.
- Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador.
- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según lo determine el plan.
- Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, optativa o estética.
- Cirugía oral que requiere la fijación de fracturas y dislocaciones.
- Servicios relacionados con malignidades, quistes o neoplasias, hereditarios, congénitos, prognatismo mandibular o malformaciones del desarrollo cuando dichos servicios no deban realizarse en un consultorio dental.
- Suministro de medicamentos.
- Hospitalización por cualquier procedimiento dental.
- Tratamiento requerido para las afecciones que resultan de un desastre grave, una epidemia, una guerra, actos de guerra, ya sean declarados o no declarados, o mientras se está en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación o de guerra o actos de guerra, ya sean declarados o no declarados.
- Reemplazo de dentaduras postizas, puentes, inlays, onlays o coronas que pueden ser reparadas o restauradas a su función normal.
- Diagnóstico o tratamiento del trastorno temporomandibular (TMD) y/o falta de armonía oclusal y protectores oclusales - arco completo con aparato duro, arco completo con aparato blando o arco parcial con aparato duro (comúnmente conocido como protector nocturno o protector de mordida).
- Cirugía electiva que incluye, entre otros, la extracción de dientes impactados asintomáticos no patológicos, incluidos los terceros molares.
- Implantes y servicios relacionados, incluida la extracción de implantes; reemplazo de aparatos protésicos u ortodóncicos perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; accesorios de precisión o semiprecisión; duplicación de dentaduras postizas; férula periodontal de los dientes.

- Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar la estructura dental perdida por atrición y corregir malformaciones del desarrollo y/o afecciones congénitas.
- Procedimientos que, en opinión del plan, son de naturaleza experimental o de investigación porque no cumplen con los estándares de práctica dental reconocidos profesionalmente y/o no se ha demostrado que sean consistentemente eficaces para el diagnóstico o tratamiento de la afección del miembro.
- Tratamiento del paladar hendido, malignidades o neoplasias.
- Cualquier servicio o suministro prestado para reemplazar un diente perdido antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Esta exclusión vence después de 36 meses de cobertura continua del miembro bajo el plan.

Tufts Medicare Preferred Dental Option tiene el respaldo de Dominion.

Tufts Medicare Preferred Dental Option es administrado por Dominion Dental Services, Inc., que opera bajo el nombre comercial Dominion National.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

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

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor crónico en la parte baja de la espalda en determinadas circunstancias Los servicios de acupuntura adicionales son elegibles para reembolso según su Asignación para bienestar (Wellness Allowance). Consulte la descripción del beneficio de **Asignación para bienestar** para obtener todos los detalles

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación
Equipos, medicamentos y procedimientos médicos, y quirúrgicos experimentales Los artículos y los procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que, según lo determinado por Original Medicare, no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Reservas extendidas de cama	No cubiertos en ninguna situación
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de auxiliar de atención médica a domicilio sin ningún otro servicio especializado en curso	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de atención médica a domicilio como servicios continuos de un auxiliar de atención médica a domicilio o de enfermería especializada por más de 2 horas a la vez	No cubiertos en ninguna situación
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplea tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Atención dental que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos Se podrían cubrir servicios adicionales bajo Tufts Medicare Preferred Dental Plan, o si el miembro opta por comprar Tufts Medicare Preferred Dental Option.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación La evaluación inicial está cubierta una vez por año calendario
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	Se podrían cubrir servicios adicionales bajo Tufts Medicare Preferred Dental Plan, o si el miembro opta por comprar Tufts Medicare Preferred Dental Option.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta una lente intraocular. El examen de la vista de rutina se cubre una vez por año calendario. Los anteojos estándar (lentes con receta, marcos, una combinación de lentes y marcos) y/o los lentes de contacto, incluidas las mejoras cubiertas cada año calendario por hasta una asignación de $150, con cualquier proveedor.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes)
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	El examen auditivo de rutina se cubre una vez por año calendario. La evaluación y la adaptación del audífono están cubiertas con proveedores **TruHearing, Inc.**

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	La cobertura para audífonos recetados incluye hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído, de parte de proveedores de **TruHearing, Inc.** solamente.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación
El transporte, con excepción del que se proporciona por ambulancia como se describe en la Sección 2 de este capítulo. Si usted opta por utilizar una ambulancia cuando no se trata de un servicio cubierto por Medicare, usted será responsable del costo total. El transporte en furgoneta para traslado (en silla de ruedas) no tiene cobertura, incluso si lo brinda una compañía de ambulancias	El transporte que no es en ambulancia (p.ej., por automóvil para silla de ruedas/furgoneta o automóvil tipo sedán para traslado en silla de ruedas) mediante un proveedor aprobado por el plan desde un hospital hacia un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o hacia su hogar.

CAPÍTULO 5:

Solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que usted se dé cuenta de que paga más de lo que esperaba pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o bien, podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más que la parte que le corresponde de los costos por servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También podría haber veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más que la parte que le corresponde del costo compartido, según se indica en este material. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

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

   - Usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por sus servicios o medicamentos.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para incluir en sus registros.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (thpmp.org/forms) o llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

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

Solicitudes de pago de EyeMed:

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en la salud de la mujer o para encontrar a un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles

(la información de contacto se encuentra en el Capítulo 9, Sección 5). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que preste y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención médica.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica dentro de un período razonable, el Capítulo 7 le explica lo que puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.

- Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una cuota por sacar las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en la toma de decisiones sobre su atención

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas.** Los documentos como un **testamento vital** y **un poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un asistente social o en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden

obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.

- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas**. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Llenar las instrucciones anticipadas es decisión de usted (incluido, si desea firmarlas si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo en función de que haya firmado, o no, las instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Acentra Health al 1-888-319-8452 (TTY: 711).

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si considera que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los

usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-243-4636
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-243-4636
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)*. (disponible en: https://www.medicare.gov/publications/11534-s-medicare-rights-and-protections.pdf)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use este documento de *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud o una cobertura para medicamentos con receta por separado, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Usted debe pagar las primas del plan.
  - Debe seguir pagando su prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Por algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avise al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

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

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- Consulte Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 9**, **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted puede utilizar el proceso de decisión de

cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de obtener servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o bien, la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted podría avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)*. (El formulario también está disponible en https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf o en nuestro sitio web en tuftsmedicarepreferred.org/forms).
    - En el caso de la atención médica o de los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf o en nuestro sitio web en tuftsmedicarepreferred.org/forms). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona

que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Damos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5**
5. Se le está comunicando que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo, que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 6 y 7 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario en el caso de todos los demás artículos y servicios médicos o bien, de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Usted *solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si recurrir a los plazos estándar podría afectar de forma grave su salud o perjudicar la recuperación de su capacidad física.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que usaremos los plazos estándares.
- Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explique que usted puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que usted solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 para información sobre quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de

atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención médica, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo requiere.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos 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.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelaciones

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de que reciba su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de que reciba su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o bien, proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención

médica no se debe autorizar. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 8 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de atención médica

En el Capítulo 5 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si siguió las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación de la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos está solicitando que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital se denomina su **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada, y se considerará su solicitud.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los

usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 6.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un período de tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal sobre seguro médico (State Health Insurance Program, SHIP), para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo**, usted puede permanecer en el hospital *después* de su fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se comunique con nosotros, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

- Usted puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta (Detailed Notice of Discharge)** llamando a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les dimos nosotros y el hospital.
- Antes del mediodía del día después en que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, ellos indican que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a su fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por adelantado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.

- Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.

2. Se le pedirá que **usted**, **o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan para suspender la atención.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa estatal sobre seguro médico (State Health Insurance Program, SHIP), para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **a más tardar el mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad a través de la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también aparece en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura,* donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó respecto de su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la administran estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.*** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.*** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Este incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro departamento de Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las apelaciones y decisiones de cobertura)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que tomemos *una decisión de cobertura rápida* o que respondamos una *apelación rápida*, y lo hemos rechazado; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- Usted necesita presentar un reclamo en un plazo no mayor a 60 días después del evento, ya sea que lo presente verbalmente o por escrito. Puede hacerlo llamando a Servicios para los miembros. También puede presentar un reclamo por escrito enviándolo por correo a: Tufts Health Plan, Attn: Appeals & Grievances, P.O. Box 474, Canton, MA 02021. También puede enviarlo por escrito enviándolo por fax a: 1-617-972-9516. Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.* (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf o en nuestro sitio web en thpmp.org). El formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 9.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 9.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:
Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en el plan

Cancelar su membresía en Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan cada año durante el **Período de inscripción abierta**. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que comienza a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que comienza a tener derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
    - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica. Estos son tan solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- Usualmente, cuando usted se muda
- Si tiene Medicaid (MassHealth)
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención de salud en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Los períodos de inscripción varían según sea su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Busque la información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción** o descargue el formulario de cancelación de la inscripción de nuestro sitio web en tuftsmedicarepreferred.org/hmo-ppo-disenrollment-form y envíe por correo el formulario completado a la dirección proporcionada en el formulario. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • Usted también puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si también tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta (por ejemplo, un plan separado de medicamentos de Medicare) y cancela su inscripción en esa cobertura, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de quedarse sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más.

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

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios, artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día que su membresía finaliza, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) debe cancelar la membresía en su plan en ciertas situaciones

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir al Inspector general que investigue su caso
- Si no paga la prima de nuestro plan durante *2 meses*
    - Debemos notificarle por escrito que tiene *2 meses* para pagar la prima de nuestro plan antes de que cancelemos su membresía

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si usted considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso 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 normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con acceso a la atención, llame a Servicios para los miembros al 1-800-701-9000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la relación entre Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) y los proveedores

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) ofrece cobertura para servicios de atención médica. Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) no ofrece servicios de atención médica. Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) tiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en centros y consultorios privados en toda el área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados ni representantes de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO). Los proveedores no están autorizados a modificar esta *Evidencia de Cobertura* ni a asumir o crear ninguna obligación para Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) que sea incompatible con esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Proporciona dispositivos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
    - Información escrita en otros formatos (tamaño de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY 711).

Si considera que Tufts Health Plan no le brindó estos servicios o cometió discriminación de otra manera por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar un reclamo ante:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Legal Coordinator
1 Wellness Way
Canton, MA 02021
Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000
Número TTY: 711

Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan le puede ayudar.

También puede presentar una queja por cuestiones de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por vía electrónica desde el Portal de quejas de dicha oficina, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.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 queja están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

CAPÍTULO 10:

Definiciones

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o pagos por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también se incluye, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas autorizados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios recetados).

Beneficios complementarios opcionales – Beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar o **cancelación de la inscripción** – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra Medicare.

Círculo de remisiones - Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que se denominan círculo de remisiones y que él o ella utiliza para proporcionarle atención médica. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred excepto en situaciones de emergencia o de atención de urgencia o para diálisis renal fuera del área u otros servicios.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – Un monto que se le puede requerir que pague como la parte que le corresponde a usted del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria o como paciente externo. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como la parte que le corresponde del costo por servicios.

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene servicios. (Esto es complementario a la prima mensual del plan de nuestro plan.) El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial – El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen preparación profesional ni entrenamiento, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse,

acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – Es el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan *decisiones de cobertura* en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores, o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información – En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Hospicio : Un beneficio que proporciona un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – Una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un *paciente externo.*

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o Medical Assistance) – Un programa conjunto federal y estatal que ayuda a solventar los costos médicos a ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario – Significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedades renales terminales (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto máximo que paga de su bolsillo – El monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por sus primas de Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Observación - Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Los servicios de observación pueden brindarse en el departamento de emergencias (ED) u otra área del hospital.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio) – El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted.

Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta – El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción especial – Un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – El tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando usted es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen enfermedades graves y crónicas.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) – Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de una PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si se reciben de parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando se obtienen los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un Plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO) no ofrece cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Plan PACE – Un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (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 bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP) – El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – **Proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo - Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o nuestros proveedores como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Remisión – Una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

Servicios cubiertos – Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de

Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales, o auditivos, que podría ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no sea una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud tempranos, determinar cuáles tratamientos son los más eficaces, y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de supervisión de salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

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

SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

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

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Declaración de divulgación en virtud de la PRA: Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de recopilación de información, a menos que dicha solicitud exhiba un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, 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.