Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud, y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de

- **Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx (HMO)**

Este manual brinda detalles sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Le explica cómo obtener los servicios médicos y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, es ofrecido por *Tufts Health Plan Medicare Preferred*. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa *Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx).*

Tufts Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible en forma gratuita en inglés.

Comuníquese con nuestro departamento de Servicios al cliente al número *1-800-701-9000* para obtener más información. (Los usuarios con problemas auditivos –TTY– deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.

Esta información está disponible en un formato diferente, incluso impreso en letras grandes.

Los beneficios, las primas, los deducibles o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores podrán sufrir modificaciones en cualquier momento. Se le notificará al respecto cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura 2019

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas son su punto de partida. Para obtener ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de cualquier capítulo.
Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1. Comenzar como miembro 5

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este manual. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 25

Explica cómo comunicarse con nuestro plan *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos 45

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo recibir su atención médica si es miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) 64

Proporciona los detalles sobre qué tipos de atención médica usted tiene cubiertos y *no* cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica el monto que usted debe pagar por su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 124

Explica las normas que debe respetar cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Informa cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Informa qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde adquirir sus medicamentos recetados. Informa sobre los

programas que tiene el plan sobre la seguridad y la administración de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 151

Informa sobre las 4 etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de período sin cobertura, Etapa de cobertura en situación catastrófica) y cómo estas etapas afectan los montos que usted paga por sus medicamentos. Explica los 5 niveles de participación en los costos para sus medicamentos de la Parte D y detalla lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de participación en los costos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 172

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 181

Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 194

Informa detalladamente qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo debe solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o las restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, y solicitarnos que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto.
- Explica cómo debe presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan 256

Explica cuándo y cómo puede ponerle fin a su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe poner fin a su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 267

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 272

Explica términos clave utilizados en este manual

Anexo 1. Servicios de interpretación en múltiples idiomas 283

CAPÍTULO 1

Comenzar como miembro

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscripto en *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, que es una organización HMO de Medicare 7
Sección 1.2 ¿De qué trata el manual *Evidencia de cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan? 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 8
Sección 2.3 Este es el área de servicio del plan de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx 9
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal en EE. UU. 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 10
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener toda la atención médica y medicamentos recetados cubiertos. 10
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores:* Su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan 10
Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos del plan *(Formulario)*. 12
Sección 3.4 *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx 13
Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan? 13

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la "multa por inscripción tardía" en la Parte D? 14
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" en la Parte D? 14
Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D? 14
Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D? 16

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 16
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 16
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?.....17
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D? 17
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D? 17

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual..... 17
Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, existen varias formas de pagar la multa 18
Sección 7.2 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año? 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía..... 21
Sección 8.1 Cómo ayudarnos a garantizar que tenemos información precisa sobre usted 21

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 22
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 22

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan..... 22
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 22

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscripto en *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, que es una organización HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan, *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.*

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* es un plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y operado por una empresa privada.

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

Este manual, *Evidencia de cobertura*, le informa cómo obtener su atención médica y sus medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. En este manual se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y servicios médicos, y a los medicamentos recetados a los que usted tiene acceso como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.*

Es importante que usted conozca las normas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos que se tome un tiempo para estudiar este manual de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al cliente de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte del contrato que establecemos con usted respecto de cómo *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscripto en *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* después del 31 de diciembre de 2019. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2019.

Cada año, Medicare debe aprobar nuestro plan

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* todos los años. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre que:

- Usted tenga la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare)
- -- *y* -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- *y* -- sea un ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos
- -- *y* -- no padezca enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, por ejemplo, si contrae ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente que finalizó.

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

Cuando se inscribió originalmente en Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios de internación, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de profesionales médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros).

Sección 2.3 Este es el área de servicio del plan de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx

Si bien Medicare es un programa federal, *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para ser miembro de nuestro plan, debe conservar su residencia en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de *Massachusetts*:

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que se ofrezca en su nueva localidad.

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

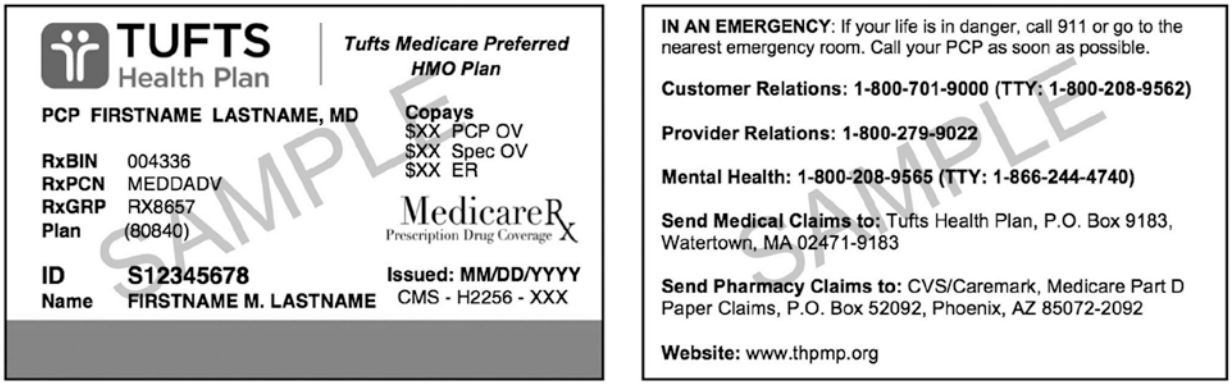
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal en EE. UU.

Para ser miembro de un plan de salud Medicare, es requisito ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* si usted no reúne los requisitos para continuar siendo miembro por este motivo. *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* deberá darlo de baja si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener toda la atención médica y medicamentos recetados cubiertos.

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos **usted no debe usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidados paliativos). Es posible que le soliciten su tarjeta de Medicare nueva para utilizar los servicios hospitalarios. Guarde su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

Esto es muy importante por lo siguiente: Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* mientras es miembro del plan, podría tener que pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o se la robaron, llame a Servicios al cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores:* Su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan

El *Directorio de proveedores* es una lista de los proveedores y las farmacias de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede consultar la lista en nuestro sitio web: thpmp.org.

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

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras es miembro de nuestro plan, usted debe utilizar proveedores de la red para recibir la atención y los servicios médicos. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan, denominado “círculo de derivación”, que utiliza para brindarle su atención médica. Esto significa que en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Health Plan Medicare Preferred. Las únicas excepciones son casos de emergencia, atención de urgencia cuando la red no está disponible (en general, cuando usted se encuentra fuera del área de servicio), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene un ejemplar del *Directorio de proveedores*, puede solicitar uno a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). Puede solicitar a Servicios al cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en thpmp.org.

¿Cuáles son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado dispensar medicamentos cubiertos a nuestros miembros del plan.

¿Por qué necesita conocer las farmacias de la red?

Puede consultar el *Directorio de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Para el próximo año, habrá modificaciones en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web, thpmp.org, encontrará un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo. **Revise el Directorio de *proveedores* de 2019 para saber qué farmacias están en nuestra red**.

Si no tiene el *Directorio de proveedores*, puede solicitar un ejemplar a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicios al cliente para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en thpmp.org.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos del plan *(Formulario)*.

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos". Informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*.

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas que limitan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (thpmp.org) o llamar a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

Sección 3.4 *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que le servirá para comprender y realizar un seguimiento de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica el monto total que usted, o terceros en su nombre, gastaron en sus medicamentos recetados de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede servirle para realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible por pedido. Para obtener un ejemplar, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx

Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan?

Usted no paga una prima mensual aparte para el plan Tufts Medicare Preferred Saver Rx. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

En algunos casos, podría pagar más por su prima del plan

En algunos casos, su prima del plan podría superar el monto indicado anteriormente, en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Si usted se inscribió para recibir beneficios adicionales, también conocidos como "beneficios complementarios opcionales", entonces usted pagará una prima adicional mensual por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). La prima mensual adicional por agregar la opción odontológica de Tufts Medicare Preferred a su plan es de $54.
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía en la Parte D** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare en el momento en que pasaron a ser elegibles, o porque estuvieron sin una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" durante un período continuo de 63 días o más. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. Es decir que el monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía en la Parte D.
    - Si usted debe pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin una cobertura de medicamentos de la Parte D o receta acreditable. En el Capítulo 1, Sección 5, se explica la multa por inscripción tardía en la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?

Nota: Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, usted no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Puede adeudar una multa por inscripción tardía en la Parte D si, en cualquier momento después de finalizar el período de inscripción inicial, pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura para medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. “Cobertura de medicamentos recetados acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin cobertura de medicamentos recetados acreditable o sin la Parte D. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, le informamos el monto de la multa.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si usted no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados por no pagar su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare establece el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Primero cuente cuántos meses completos tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente cuántos meses completos estuvo sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción en la cobertura fue más de 63 días. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare calcula el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. En 2019, el monto de la prima promedio es de $33.19.
- Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14 % de $33.19, que equivale a $4.64. Esto se redondea a $4.60. Este monto se sumaría **a**

la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Se deben tener en cuenta tres aspectos importantes acerca de esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede modificarse año a año**, porque la prima mensual promedio puede modificarse cada año. Si la prima promedio nacional aumenta (según lo establecido por Medicare), su multa aumentará.
- Segundo, **deberá seguir pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscripto en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D volverá a cero cuando usted cumpla 65 años. Después de esa edad, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial por avanzar en edad y pasar así a Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Incluso si se inscribió tarde en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando comenzó a ser elegible, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía.

No deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si usted ya cuenta con una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama **"cobertura de medicamentos acreditable"**. Importante:
  - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o la Administración de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información por carta o incluida en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - Importante: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura de salud, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. La notificación debe afirmar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se esperaba que pagase la misma cantidad que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

- Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuentos de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.
- Para obtener más información sobre cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted 2019* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero durante un período de menos de 63 días seguidos.
- Si usted recibe "Extra Help" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitarnos una revisión de la decisión sobre dicha multa. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** de la fecha que figura en la primera carta que recibe, donde se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si ya estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicios al cliente para informarse acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría ser dado de baja por no pagar las primas del plan.

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de $*85,000* o más para una persona (o personas casadas que declaran impuestos por separado) o de $*170,000* o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios (Railroad Retirement Board) o la Oficina de Administración del Personal, independientemente

de cómo pague generalmente su prima del plan, salvo que el beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés), tal como aparecen en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), superan cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de la prima mensual del plan. Si desea obtener más información sobre el monto adicional basado en sus ingresos que podría tener que pagar, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare). Si por ley debe pagar una cantidad adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin prima) deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan**.

Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual. Esto se conoce como Montos de ajuste mensual relacionados con los ingresos o IRMAA. Si su ingreso es más de *$85,000* para una persona (o personas casadas que declaran impuestos por separado) o más de *$170,000* para parejas casadas, **usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si usted debe pagar una cantidad adicional y no la paga, se le dará de baja a su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta para informarle cuál será la cantidad adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte el Capítulo 1, Sección 6 de este manual. También puede visitar el sitio web https://www.medicare.gov o bien llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O también puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su ejemplar de *Medicare y usted 2019* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección llamada "Costos de Medicare 2019". Allí se explica de qué manera difieren las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas con distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar de *Medicare y usted* cada otoño. Los usuarios nuevos de Medicare lo reciben dentro del mes de su fecha de inscripción. También puede descargar un ejemplar de *Medicare y usted 2019* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O también puede solicitar un ejemplar impreso llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, existen varias formas de pagar la multa

Si usted paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, existen 4 formas de pagar la multa.

Opción 1: Puede pagar con cheque

La multa mensual por inscripción tardía en la Parte D vence el día quince (15) de cada mes. Si decide pagarnos directamente, Tufts Health Plan Medicare Preferred le enviará una factura y un sobre con franqueo pagado según el vencimiento de las primas del plan. Complete un cheque o giro postal por el monto indicado en la factura, (los cheques/giros postales se deben hacer a la orden de Tufts Health Plan Medicare Preferred) y envíelo por correo a Tufts Health Plan Medicare Preferred en el sobre proporcionado o a la siguiente dirección:

Tufts Health Plan Medicare Preferred
PO Box 9225
Chelsea, MA 02150

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

Si desea dejar un cheque en persona (de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.) tráigalo a esta dirección:

Tufts Health Plan Medicare Preferred

705 Mt. Auburn Street
Watertown, MA 02472-1508

Opción 2: Puede pagar mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede pagar su multa mensual por inscripción tardía en la Parte D mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT). Las deducciones automáticas de su cuenta bancaria se realizan en forma mensual, generalmente el día 9 de cada mes. El retiro se realiza el día 9 para permitir que se reciba y efectúe el pago en su cuenta el día 15, que es la fecha de vencimiento de la factura. Si el 9 cae sábado, domingo o feriado, la deducción se realizará el siguiente día hábil. Si desea pagar su multa mensual por inscripción tardía en la Parte D por EFT y actualmente no lo hace, llame a Servicios al cliente para obtener información. Las deducciones por EFT pueden tardar hasta dos meses en entrar en vigencia a partir del momento en que se inscribe en EFT. Siga pagando su prima mensual directamente a Tufts Health Plan Medicare Preferred hasta que le notifiquemos que está inscripto en el programa de EFT.

Opción 3: Usted puede pagar por Internet

Usted puede pagar su multa mensual por inscripción tardía en la Parte D por Internet abriendo una cuenta personal segura en nuestro sitio web en thpmp.org/registration. (Si usted ya tiene una cuenta, visite thpmp.org/login). En su cuenta personal puede ver el monto actual de su prima, lo que pagó el mes anterior y cuánto deberá pagar el mes siguiente. Usted puede efectuar un pago único del monto adeudado (su prima vence mensualmente) o establecer un pago periódico que se deducirá automáticamente de su cuenta bancaria cada mes. Para obtener información sobre cómo abrir una cuenta personal segura, llame a Servicios al cliente o visite thpmp.org/registration.

Opción 4: Puede hacer que le descuenten la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede hacer que le descuenten la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios al cliente para obtener más información sobre cómo pagar de esta forma su multa por inscripción tardía. Nos complacerá ayudarlo con este trámite. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

La multa por inscripción tardía en la Parte D debe pagarse en nuestra oficina el día 15 de cada mes. Si no hemos recibido su pago de la multa para el día 15 de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que la membresía de su plan finalizará si no recibimos su pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D en un plazo de 2 meses. Si adeuda una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios al cliente para ver si podemos recomendarle algún programa que lo

ayude con la multa. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Si damos de baja su membresía por incumplimiento de pago de sus multas por inscripción tardía en la Parte D, tendrá la cobertura de salud de Original Medicare.

Si damos de baja su membresía en el plan por incumplimiento de pago de sus multas por inscripción tardía en la Parte D, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también brinde cobertura de medicamentos. ((Si está sin cobertura de medicamentos "acreditable" durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D mientras dure su cobertura de la Parte D).

En el momento en que damos de baja su membresía, es posible que aún nos adeude las multas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro de estas multas que usted adeuda.

Si piensa que dimos por terminada su membresía por error, tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 10 del Capítulo 9 de este manual explica cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-800-701-9000 entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m. de lunes a viernes. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8 p. m.). Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 711. Debe presentar su requerimiento en un plazo no superior a los 60 días luego de que finalice su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, quizá deba empezar a pagar o quizá pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. ((La multa por inscripción tardía puede aplicarse si tuvo un período continuo de 63 días o más sin cobertura por medicamentos recetados "acreditable"). Esto podría suceder si usted pasa a ser elegible para el programa de "Extra Help" o si pierde su derecho de acceso al programa durante el año.

- Si está pagando la multa por inscripción tardía en la Parte D y pasa a ser elegible para "Extra Help" durante el año, es posible que pueda dejar de pagar la multa.
- Si alguna vez llega a perder su subsidio por bajos ingresos ("Extra Help"), estará sujeto a pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se ha quedado sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

Puede conocer más acerca del programa “Extra Help” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía

Sección 8.1 Cómo ayudarnos a garantizar que tenemos información precisa sobre usted

La información de su registro de membresía proviene de su formulario de inscripción, incluidos su domicilio y número de teléfono. Indica su médico de atención primaria de la cobertura específica del plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y qué participación en los costos tiene usted**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, empleador de su cónyuge, seguro de accidentes de trabajo o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, tales como demandas por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en una residencia para adultos mayores
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su persona responsable designada (por ej., la persona a cargo de su cuidado)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquiera de estos datos cambia, llame a Servicios al cliente para avisarnos (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar algunos datos en nuestro sitio web. Para obtener información sobre cómo abrir una cuenta personal segura, llame a Servicios al cliente o visite thpmp.org/registration.

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

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

Medicare nos exige que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. ((Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumerará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no está indicada, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga los gastos hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar se denomina “pagador secundario” y paga solo si existieran gastos que no cubre la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los gastos no cubiertos.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.

- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o el de un familiar, qué plan pagará primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador, y si usted tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años, discapacitado y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene más de 100 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
    - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene más de 20 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare a causa de una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted pasa a ser elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin atribución de culpabilidad (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Seguro de accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan una vez que Medicare, los planes médicos grupales de empleador o Medigap hayan pagado.

Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). Es posible que tenga que brindarles a sus otros aseguradores su número de identificación de miembro del plan (después de confirmar su identidad), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*** (Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicios al cliente del plan) **26**

SECCIÓN 2 **Medicare** (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **33**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud** (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **35**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (Pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare) **35**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **36**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (Programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados con sus gastos médicos) **37**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **38**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios** **42**

SECCIÓN 9 **¿Usted tiene "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?** **43**

SECCIÓN 1 Contactos de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* (Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicios al cliente del plan)

Cómo comunicarse con Servicios al cliente de nuestro plan

Para solicitar asistencia por preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba al área de Servicios al cliente de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicios al cliente – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil. Servicio al cliente también tiene servicio de intérpretes gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Customer Relations P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica

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

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

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Customer Relations P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica

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

Método	Apelaciones por atención médica - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-972-9516
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193

Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no incluye disputas por pagos o cobertura. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*

Método	Quejas sobre la atención médica - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-972-9516
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare a través de Internet, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura sobre medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-673-0956
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Customer Relations P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil. En caso de apelaciones urgentes por la Parte D los fines de semana o feriados, llame a Servicios al cliente y siga las indicaciones. El especialista en Apelaciones y quejas de turno lo llamará dentro de las 24 horas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-972-9516
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Appeals & Grievances, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
SITIO WEB	thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o algunas de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por pagos o cobertura. ((Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-972-9516
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Appeals & Grievances, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare a través de Internet, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde debe enviarnos una solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido

Para obtener más información sobre cómo puede solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).*

Importante: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	617-972-1028
CORREO POSTAL	Medicare Preferred, P.O. Box 9183, Watertown, MA 02471-9183
SITIO WEB	thpmp.org

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada “CMS”). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones de Medicare Advantage, entre las cuales estamos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare – Información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias para adultos mayores, médicos, agencias de servicios médicos domiciliarios y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare mediante las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Brinda información sobre su condición de elegibilidad para acceder a Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que serían sus gastos del propio bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para presentar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx: • **Informe a Medicare de su queja:** Puede presentar una queja sobre Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. • Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, puede pedir ayuda en su centro para personas de la tercera edad o la biblioteca local para visitar este sitio web en sus computadoras. También puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud
(Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el programa SHIP se llama SHINE (Al servicio de las necesidades de información de salud para todos).

El programa SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

Método	**SHINE (Al servicio de las necesidades de información de salud para todos). (Massachusetts SHIP)**
TELÉFONO	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
TTY	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	Llame al número que aparece más arriba para obtener la dirección del programa SHINE de su área.
SITIO WEB	https://www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad
(Pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare)

En cada estado, existe una Organización para la mejora de la calidad para atender a los beneficiarios de Medicare. En Massachusetts, la Organización para la mejora de la calidad se llama *Livanta*.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. *Livanta* es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con *Livanta* si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura de su internación va a finalizar muy pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) va a finalizar muy pronto.

Método	***Livanta* (Organización para la mejora de calidad de Massachusetts)**
TELÉFONO	866-815-5440 Horario para quejas: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Horario para apelaciones: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana - Feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	Livanta BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	bfccqioarea1.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también se ocupa de determinar quiénes deben pagar una cantidad extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D, porque tienen mayores ingresos. Si recibe una carta del Seguro Social para informarle que debe pagar este monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos han disminuido por un acontecimiento de cambio de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Es importante que llame y avise al Seguro Social si usted se muda o cambia su dirección de correo postal.

Método	Seguro Social – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(Programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados con sus gastos médicos)

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y

copagos). ((Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).

- **Beneficiario específico de ingresos bajos de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. ((Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados que califican (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para conocer más acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con MassHealth.

Método	MassHealth (Programa Medicaid de Massachusetts) - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-841-2900 Horarios: Autoservicio disponible las 24 horas del día en inglés y en español Los otros servicios están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Servicio de intérprete disponible El horario del Centro de inscripción de MassHealth (MEC, por sus siglas en inglés) es de lunes a viernes de 8:45 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	MassHealth Enrollment Center, P.O. Box 290794, Charlestown, MA 02129-0214
SITIO WEB	https://www.mass.gov/topics/masshealth

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

Programa “Extra Help” de Medicare

Medicare ofrece el programa “Extra Help” para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de sus medicamentos recetados Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda o su automóvil. Si usted reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados

de cualquier plan de medicamentos de Medicare. La ayuda de “Extra Help” también cuenta para sus gastos del propio bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para recibir “Extra Help”. Algunas personas califican automáticamente para recibir “Extra Help” y no necesitan solicitarla. Medicare les envía una carta por correo a las personas que califican para recibir “Extra Help” en forma automática.

Es posible que usted pueda acceder a “Extra Help” para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados. Para averiguar si reúne los requisitos para “Extra Help”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas al día, los 7 días a la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo).

Si usted cree que reúne los requisitos para “Extra Help” y considera que está pagando un monto incorrecto de participación en los costos cuando adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, proporcionarnos dicha evidencia.

- Comuníquese con nuestro departamento de Servicios al cliente si necesita ayuda para obtener o proporcionar la mejor evidencia posible. Si corresponde, proporcione la documentación tan pronto como sea posible.
- Cuando recibimos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto la próxima vez que adquiera un medicamento en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto excedente del pago o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y lo considera una deuda que usted debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Programa de descuentos de Medicare para el Período sin cobertura

El Programa de descuentos de Medicare para el Período sin cobertura ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado el período sin cobertura y no reciben “Extra Help”. En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70 % ofrecido por los fabricantes excluye los cargos de despacho para los costos en el

período sin cobertura. El miembro deberá pagar el 25 % del precio negociado y una parte del cargo de despacho para medicamentos de marca.

Si alcanza el período sin cobertura, le aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture el medicamento recetado y su Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) indicará los descuentos proporcionados. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y lo hace avanzar en la etapa de período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no se toma en cuenta para sus gastos del propio bolsillo.

Usted también recibe cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza el período sin cobertura, el plan paga el 63 % del precio de los medicamentos genéricos, y usted paga el 37 % restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) no se contabiliza para sus gastos del propio bolsillo. Solo cuenta el monto que usted paga y lo hace avanzar con los beneficios durante el período sin cobertura. A demás, el cargo de despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando, o sobre el Programa de descuentos de Medicare para el período sin cobertura en general, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Si está inscripto en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea “Extra Help”), de todas formas, usted obtendrá el 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de la cobertura de SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA que cumplen los requisitos de ADAP a tener acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido a través del Programa de asistencia de medicamentos para VIH de Massachusetts (HDAP). Nota: A fin de calificar para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen comprobar su residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y una condición de seguro deficiente o nulo.

Si actualmente está inscripto en un ADAP, puede seguir recibiendo asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del

formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta ayuda, notifique al asistente de inscripción del ADAP local sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de su plan de la Parte D de Medicare. Comuníquese con el Programa de asistencia de medicamentos para VIH de Massachusetts (HDAP) al 1-800-228-2714.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de asistencia de medicamentos para VIH de Massachusetts (HDAP) al 1-800-228-2714.

¿Qué sucede si usted recibe "Extra Help" de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si usted recibe "Extra Help", los costos de sus medicamentos recetados ya están cubiertos durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no ha obtenido un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debería revisar su próxima notificación de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus medicamentos recetados sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo con que se le adeuda un descuento, puede apelar. Puede solicitar ayuda para presentar una apelación a su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP), (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados, según sus necesidades financieras, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Massachusetts, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es Prescription Advantage.

Método	***Prescription Advantage:* (Programa estatal de asistencia farmacéutica de Massachusetts) – Información de contacto**
TELÉFONO	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO) Los representantes de Servicio al cliente están disponibles para responder a sus preguntas de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., horario del este de Estados Unidos

Método	***Prescription Advantage:*** **(Programa estatal de asistencia farmacéutica de Massachusetts) – Información de contacto**
TTY	1-877-610-0241 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	Prescription Advantage, PO Box 15153, Worcester, MA 01615-0153
SITIO WEB	https://www.mass.gov/prescription-drug-assistance

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios

La Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios (Railroad Retirement Board) es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de todo el país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios, comuníquese con este organismo.

Si recibe Medicare a través de la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal.

Método	**Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios – Información de contacto**
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono por tonos, puede acceder a servicios automatizados e información grabada las 24 horas del día, incluso los feriados y fines de semana.

Método	Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios – Información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Usted tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo jubilatorio (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca del período de inscripción, primas o beneficios médicos de su plan jubilatorio o de empleador (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare provista por este plan.

Si recibe otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo jubilatorio (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a definir cómo coordinar su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 47

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 47

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir su atención médica cubierta por el plan 47

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica 49

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica 49

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin tener que solicitar la autorización previa de su PCP?.....51

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red.....52

Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red 54

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante un desastre 54

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 54

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando necesita servicios médicos de urgencia.....56

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre.....56

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 57

Sección 4.1 Nos puede solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.....57

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 57

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa de un “estudio de investigación clínica”? 58

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 58

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.....59

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”..... 60

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para atención de la salud? 60

Sección 6.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa no médica para atención de la salud está cubierta por nuestro plan? 60

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición de equipo médico duradero 61

Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar un cierto número de pagos en nuestro plan? 61

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

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para recibir atención médica cubierta. Ofrece definiciones de términos y explica las reglas que debe seguir para recibir atención, tratamientos y servicios médicos que están cubiertos por el plan.

Para saber qué tipo de atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe su atención, use el Cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 *(Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*).

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

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención médica y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de participación en los costos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Por lo general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, en general, paga solamente su parte del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se describen en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

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

Como sucede con un plan de salud de Medicare, *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* cubrirá su atención médica siempre que usted siga estas reglas básicas:

- **La atención médica que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios** médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.
- **Usted tiene un médico de atención primaria (un PCP) de la red que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle autorización por adelantado para que usted pueda ver a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios. Esto se conoce como "derivación". Si desea obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No necesita una derivación de su PCP para la atención de emergencia o de urgencia. También existen otros tipos de atención que usted puede recibir sin la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se enumeran tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para conocer el significado de atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que estamos obligados a cubrir por exigencia de Medicare, pero los proveedores de nuestra red no pueden brindarle esta atención, usted puede recibirla de un proveedor fuera de la red con una derivación de su PCP. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención médica de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione 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 PCP. Su PCP es un médico, enfermero profesional o asistente médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, su PCP será quien le brinde su atención médica general o de rutina. Su PCP también coordinará las derivaciones a otros proveedores de la red, como los especialistas.

¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?

Generalmente, los médicos de familia, de medicina general, de medicina geriátrica o medicina interna se dedican a ejercer como PCP. Un enfermero profesional o asistente médico también pueden ser un PCP.

¿Cómo obtiene atención médica de su PCP?

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

En ocasiones, puede necesitar hablar con su PCP u obtener atención médica cuando el consultorio de su PCP está cerrado. Si tiene una situación que no es de emergencia y necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención, llame al consultorio de su PCP en cualquier momento y habrá un médico de guardia para ayudarlo. Los miembros con problemas auditivos o del habla que cuentan con aparatos TTY pueden llamar a Massachusetts Relay Association a la línea TTY 1-800-439-2370 para obtener ayuda sobre cómo comunicarse con su PCP fuera del horario de atención (el número de Massachusetts Relay Association para los que no son usuarios de TTY es 1-800-439-0183).

¿Qué función desempeña el PCP a la hora de coordinar los servicios cubiertos?

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan acerca de su atención. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP puede derivarlo a un especialista). **Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan denominados “círculo de derivación" que utiliza para brindarle su atención médica.** Un círculo de derivación es el equipo de especialistas con los que trabaja su PCP.
Si su PCP lo deriva a un especialista, lo enviará a un especialista de su círculo de derivación.

No todos los médicos de Tufts Health Plan Medicare Preferred están incluidos en el círculo de derivación de su PCP. Esto significa que en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Health Plan Medicare Preferred, excepto en situaciones de atención de urgencia o emergencia o para diálisis renal u otros servicios fuera del área. Además, la derivación de su PCP puede tener vencimiento. En algunos casos, su PCP deberá solicitarnos autorización previa (aprobación previa). Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, le recomendamos que envíe todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cuál es la función del PCP al tomar decisiones o solicitar una autorización previa?

Ciertos medicamentos, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de la prestación de los servicios. Para los servicios fuera de la red, su PCP es responsable de solicitar una autorización o darle una derivación, según los servicios de los que se trate. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de solicitar esta autorización. Asegúrese de verificar con su PCP u otro proveedor contratado si se obtuvo esta autorización o derivación.

¿Qué debe hacer para elegir a su PCP?

Al momento de decidir sobre un PCP, puede consultar nuestro Directorio de proveedores. Si usa nuestra herramienta de Búsqueda de médicos de nuestro sitio web, obtendrá la información más actualizada. Una vez realizada la elección, debe llamar a Servicios al cliente (consulte el número en la contratapa de este manual). Un representante de Servicios al cliente verificará que el PCP que eligió acepta pacientes nuevos. Si está por ser admitido en un hospital en particular o consultar a un determinado especialista del plan, consulte el Directorio de proveedores o hable con su representante de Servicios al cliente para asegurarse de que el PCP que eligió usa ese hospital o hace derivaciones a ese especialista.

Importante: Si su PCP actual es un proveedor contratado de Tufts Medicare Preferred HMO, debe verificar qué hospital utiliza para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO. Aunque su PCP pueda tener privilegios de admisión en algunos hospitales, quizás use un hospital en particular para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO, que puede ser un hospital diferente al cual usted fue derivado anteriormente.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP. Si cambia su PCP, los especialistas y los hospitales a los que lo deriva su nuevo PCP pueden ser distintos de los especialistas y los hospitales a los que lo derivaba su anterior PCP. En otras palabras, su nuevo PCP puede tener un círculo de derivación distinto. Consulte la Sección 2.3 que sigue más adelante para obtener más información sobre los círculos de derivación.

Si realiza un cambio, el cambio entrará en vigencia el 1 del mes siguiente, y usted recibirá automáticamente una nueva tarjeta de identificación de miembro en el correo que reflejará este cambio.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios al cliente. Cuando llame, asegúrese de informarle a Servicios al cliente si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que requerían la aprobación de su PCP (tales como equipo médico duradero). Servicios al cliente lo ayudará a garantizar que usted siga con la atención especializada y con los demás servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También se asegurarán de que el PCP con el que usted desea atenderse esté aceptando pacientes nuevos. Si su PCP acepta pacientes nuevos, podrá concertar una cita con su nuevo PCP a partir del primer día del mes siguiente. Servicios al cliente cambiará su registro de membresía a fin de mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. Le recomendamos que programe una cita y coordine que sus registros sean transferidos al nuevo PCP.

Los miembros con una cuenta personal en línea pueden cambiar de PCP en nuestro sitio web y seleccionar un nuevo PCP de nuestra red. Para obtener información detallada de cómo inscribirse para obtener una cuenta personal segura en línea, llame a Servicios al cliente (los números están en la contratapa de este manual) o visite thpmp.org/registration.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin tener que solicitar la autorización previa de su PCP?

Puede recibir los servicios que se detallan a continuación sin solicitar la autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que reciba estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, antes de ausentarse del área de servicio, llame a Servicios al cliente para que le ayudemos a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

- Servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios médicos para una enfermedad específica o una determinada parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas enfermedades óseas, musculares o articulares.

¿Cuál es la función del PCP en la derivación de miembros a especialistas y otros proveedores?

Generalmente, el PCP ofrece atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. Para los servicios que su PCP no pueda ofrecer, él/ella lo ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan derivándolo a un especialista. Puede ser necesario hacer una visita en consultorio con su PCP para que lo derive a un especialista.

¿Para qué servicios deberá el PCP solicitar autorización previa del plan?

Ciertos medicamentos, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de la prestación de los servicios. Para los servicios fuera de la red, su PCP es responsable de solicitar una autorización o darle una derivación, según los servicios de los que se trate. Su PCP u otro proveedor contratado es responsable de solicitar esta autorización. Asegúrese de verificar con su PCP u otro proveedor contratado si se obtuvo esta autorización o derivación.

Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa del plan, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. También puede llamar a Servicios al cliente al número que aparece al dorso de este manual para obtener una lista de los servicios que requieren que su PCP u otro proveedor contratado soliciten una autorización previa del plan. Consulte el Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO para saber qué medicamentos requieren autorización previa.

¿Qué es un “círculo de derivación”?

Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan denominados “círculo de derivación" que utiliza para brindarle su atención médica.

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

Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP deberá aprobarlos por adelantado (por ejemplo, derivarlo a un especialista). En algunos casos, su PCP también deberá solicitar la autorización previa del plan. Los servicios que requieren autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios que requieren una derivación están marcados dentro del Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, le recomendamos que envíe todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de formar parte de nuestro plan?

Durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, doctores, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Hay diferentes razones por las que su proveedor podría dejar su plan pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por notificarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe gestionando sus necesidades de atención de la salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no está siendo gestionada de manera correcta, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

Servicios al cliente puede ayudarlo con sus preguntas o brindarle asistencia para buscar y seleccionar otro proveedor. (Los números de Servicios al cliente están impresos en la contratapa de este manual).

Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red

Para ver a un proveedor fuera de la red, debe tener una derivación de su PCP o proveedor de la red. Si no puede obtener esa derivación, usted o su representante autorizado pueden presentar una solicitud a Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener una Determinación de la organización. Es posible que se requiera autorización de Tufts Health Plan Medicare Preferred según el servicio que deba prestarse. Si utiliza proveedores fuera de la red sin una derivación o autorización, Tufts Health Plan Medicare Preferred no cubrirá el pago. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En determinadas circunstancias, nuestro plan permitirá que nuestros miembros vean a proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor cuya especialidad no está actualmente contratada con nuestro plan. Tenemos contratos con proveedores en toda nuestra área de servicio para garantizar a nuestros miembros el acceso a la atención de la salud. Antes de recibir atención de la salud fuera de la red debe obtener una derivación de su proveedor de la red y recibir una autorización previa del plan.

Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionársela, puede obtener esta atención médica de un proveedor y/o establecimiento fuera de la red. Sin embargo, antes de buscar la atención médica debe obtener una autorización de nuestro Plan. En esta situación, si se aprueba el servicio, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si obtiene 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 una autorización. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección “Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica”.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debería hacer si tiene una?

Una **“emergencia médica”** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o un problema de salud que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para solicitar ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero solicite autorización o una derivación de su PCP**.**
- **Lo más pronto posible, asegúrese de informar su emergencia a nuestro plan.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente, dentro de un plazo de 48 horas. Debe llamar al número de teléfono de nuestro plan que aparece en el dorso de su tarjeta de membresía.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Su atención médica de emergencia estará cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 de este manual.

Usted tiene cobertura de atención de emergencia y servicios necesarios de urgencia en cualquier lugar del mundo. Los servicios recibidos deben cumplir el mismo criterio de Medicare aplicado a emergencias o servicios de atención de urgencia recibidos en los Estados Unidos y sus territorios. Usted tiene cobertura para transporte en ambulancia en casos de emergencia en todo el mundo para ser trasladado al centro adecuado más cercano que pueda brindarle atención, si su estado de salud es tal que el uso de otro medio de transporte podría ponerlo en riesgo, o si está autorizado por el plan. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que están atendiendo para ayudar a manejar su atención y hacer un seguimiento. Los médicos que lo atiendan por la emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Una vez que su emergencia médica finalice, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición siga siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si usted recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

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

A veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede solicitar atención de emergencia (pensando que su salud se encuentra en grave peligro), y el médico puede decir que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico haya informado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si usted la recibe de una de las siguientes dos maneras:

- Si acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- – *o* – la atención médica adicional que usted recibe se considera “servicios necesarios de urgencia”, y usted respeta las reglas para recibir estos servicios necesarios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando necesita servicios médicos de urgencia

¿Qué son los "servicios necesarios de urgencia?

Los “servicios necesarios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o problema de salud imprevistos, pero no de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente. El problema de salud imprevisto puede ser, por ejemplo, el agravamiento imprevisto de una enfermedad conocida que usted padece.

¿Qué sucede si usted se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente, y no es razonable esperar a que estén disponibles para recibir la atención de su proveedor de la red, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Si cree que está sufriendo una situación médica de urgencia imprevista, aunque no de emergencia, comuníquese de inmediato con su PCP. Si no lo puede hacer, o no le resulta práctico recibir atención de su PCP o un proveedor del plan, puede asistir a cualquier proveedor o clínica que brinde atención de urgencia, o puede llamar al 911 para solicitar ayuda inmediata.

¿Qué sucede si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicio y no puede obtener atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan tiene cobertura a nivel mundial de atención de urgencia.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Aun cuando el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. o el presidente de los Estados Unidos declaren el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a seguir recibiendo atención médica de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-and-drugs-in-disasters-or-emergencies.html para saber cómo obtener la atención médica necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo de un proveedor de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, usted puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Nos puede solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.

Si ha pagado más que su parte de los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx cubre todos los servicios médicos que son necesarios por razones médicas, que están enumerados en el Cuadro de beneficios médicos (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y que se obtienen de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por el plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos un servicio o atención médica que esté evaluando solicitar, usted tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* contiene más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El

pago de los costos de un servicio después de agotar el beneficio correspondiente no se tendrá en cuenta para su monto máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicios al cliente para consultar cuánto le queda de un beneficio que ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa de un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también conocido como “ensayo clínico”) es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el grado de eficacia de un medicamento contra el cáncer. Ellos solicitan la ayuda de voluntarios para probar nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a establecer si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para los miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare aún *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, una de las personas que trabaja para el estudio se comunicará con usted para explicarle de qué se trata y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que están a cargo de la investigación. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con sus requisitos *y* comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted participa de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscripto en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) mediante nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga aprobación de nuestro plan o de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen por qué ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en el estudio**.

Si usted planea participar de un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) para informarles

que estará participando de un estudio clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

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

Una vez que se incorpora a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura de los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la participación en los costos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio, tal como si los recibiera de nuestro plan.

> *Este es un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos:* Supongamos que usted se realiza un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de dicho análisis es de $20 dentro de Medicare Original, pero el análisis le costaría sólo $10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba, y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que demuestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio está probando, salvo que Medicare cubriera el artículo o servicio, aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.

- Artículos o servicios proporcionados al solo efecto de reunir datos y que no se utilizan para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su problema de salud normalmente demandara solo una.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica consultando la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica para servicios de salud"

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

Una institución religiosa no médica para atención de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, le brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa no médica para atención de la salud. Usted puede elegir solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios de internación de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas para atención de la salud.

Sección 6.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa no médica para atención de la salud está cubierta por nuestro plan?

Para obtener atención en una institución religiosa no médica para atención de la salud, debe firmar un documento legal que exprese que es objetor de conciencia en cuanto a obtener tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico "no exceptuado" es toda atención o tratamiento médico de carácter *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico "exceptuado" es la atención o tratamiento médico recibido cuyo carácter *no* es voluntario y *es exigido* por la ley local, estatal o federal.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para atención de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan limita la cobertura de los servicios que usted recibe a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe padecer una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de internación en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
    - –*y*– debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro; caso contrario, su internación no tendrá cobertura.

En este caso se aplican los límites de cobertura de Medicare, según se describe en el Capítulo 4, en "Atención de internación".

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar un cierto número de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, colchones antiescaras, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias, solicitados por un proveedor para uso domiciliario. Algunos artículos, como las prótesis, siempre pertenecen al miembro del plan. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero serán dueñas del equipo después de realizar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, sin embargo, usted generalmente no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya efectuado por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. Solo en algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) para obtener más información sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no adquirió el artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poder

adquirirlo. Los pagos efectuados mientras se encontraba en nuestro plan no se contabilizan para estos 13 pagos consecutivos.

Si efectuó menos de 13 pagos por el DME dentro de Original Medicare, *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco se contabilizan para los 13 pagos consecutivos. Deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo después de volver a Original Medicare para adquirirlo. No hay excepciones en este caso cuando regresa a la cobertura de Original Medicare.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

SECCIÓN 1 Comprender sus gastos del propio bolsillo para los servicios cubiertos 65

Sección 1.1 Tipos de gastos del propio bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos 65

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 65

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo” 66

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué tiene cubierto y cuánto deberá pagar 67

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 67

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede adquirir 108

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 118

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 118

SECCIÓN 1 Comprender sus gastos del propio bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos del propio bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede tener pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le informa sobre sus copagos).
- **"Coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le informa sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de presentar su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si fuese necesario. Si considera que le están solicitando un pago que no corresponde, comuníquese con Servicios al cliente.

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

Debido a que usted se encuentra inscripto en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, el monto máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2019 es *$6,000*. Los montos que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de bolsillo. (Los montos que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de

bolsillo. Estos servicios están indicados con un doble asterisco (**) en el Cuadro de beneficios médicos. Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de *$6,000*, no tendrá que pagar ningún gasto del propio bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

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

Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx,* usted cuenta con una protección importante: solo tiene que pagar el monto de su participación en los costos cuando recibe los servicios cubiertos de nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, conocidos como “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de participación en los costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su participación en los costos es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo establecido en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa de Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios prestados por proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, por ejemplo cuando usted tiene una derivación).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa de Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios prestados por proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, por ejemplo cuando usted tiene una derivación).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué tiene cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes indica los servicios que cubre *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser necesarios por razones médicas. "Necesario por razones médicas" significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico de atención primaria (un PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado para que usted consulte a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como "derivación". El Capítulo 3 proporciona más información sobre la solicitud de derivaciones y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red nos solicitan su aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco.

Otras cosas importantes que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea conocer más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted 2019*. Consúltelo en línea en https://www.medicare.gov o pida un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin cargo en Original Medicare, también

cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita de servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica recibida debido a la afección médica existente.

- En algunos casos, Medicare agrega cobertura de nuevos servicios en Original Medicare durante el año. Si Medicare agrega cobertura de servicios durante 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

 Verá esta manzana junto al servicio preventivo en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
 **Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal** Una única prueba de ultrasonido que se realiza a las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene determinados factores de riesgo y si tiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura Servicios de acupuntura ofrecidos por un acupunturista autorizado. Los servicios de acupuntura son elegibles para el beneficio de reembolso según la Bonificación anual para servicios de bienestar. Consulte información adicional referente a la Bonificación para servicios de bienestar descriptos en la sección de los Programas de educación para la salud y el bienestar de este cuadro.	El plan le reembolsa hasta $250 cada año calendario del costo de membresía en un centro de salud o gimnasio calificado, clases de gimnasia cubiertas, o por su participación en programas de bienestar como "Matter of Balance", autocontrol de enfermedades crónicas, taller para la diabetes, Healthy Eating for successful Living, Healthy IDEAS, Powerful Tools for Caregivers, Arthritis Foundation Exercise, Enhance Wellness, Fit for your Life, AAA Senior Driving, actividades para

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	ejercitar la memoria, **acupuntura** o sesiones de asesoramiento nutricional con un asesor nutricional autorizado o dietista registrado. Usted paga todos los cargos que superen $250 por año calendario. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas a Tufts Health Plan Medicare Preferred antes del 31 de marzo del año siguiente.
Servicios de ambulancia • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria al centro adecuado más cercano que pueda brindar atención, si se proporcionan a un miembro cuyo estado de salud es tal que el uso de otro medio de transporte podría ponerlo en riesgo, o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en riesgo su salud, y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.*	Usted paga $325 por día por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Según las pautas de Medicare, los servicios de ambulancia de emergencia y que no son de emergencia están cubiertos según la necesidad médica. Si su afección califica para cobertura, pagará el copago descripto arriba. Si su afección no cumple con los criterios de Medicare, y utiliza el servicio de ambulancia, usted será responsable del costo total.

* Puede ser necesaria la autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred para transporte que no sea de emergencia.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de los servicios de ambulancia, comuníquese con Servicios al Cliente. El transporte en camioneta con silla de ruedas (automóvil para sillas) no está cubierto incluso si es ofrecido por una compañía de ambulancias.
Examen físico anual El examen físico anual es un examen más completo que una visita anual de bienestar. Los servicios incluyen lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, pulmones, cabeza y cuello, y el sistema neurológico; mediciones y registro de signos vitales, como la presión sanguínea, ritmo cardíaco y ritmo respiratorio; una revisión completa de medicamentos recetados; y una revisión de internaciones recientes. Está cubierto una vez por año calendario.	Usted paga $0 por un examen físico anual. Si recibe servicios que tratan una afección médica durante la misma visita, puede ser aplicable una participación en los costos adicional.
Visita de bienestar anual Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Importante:** Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya realizado la visita de "Bienvenido a Medicare" para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas después de tener la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual. Sin embargo, si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita de servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica recibida debido a la afección médica existente.
Densitometrías Para personas elegibles (generalmente, esto se refiere a personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas:	No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por un médico.	
Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de senos cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del cáncer de seno cubiertos.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que reúnen ciertos requisitos con una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare.
Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita anual con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podrá mencionar el uso de aspirina (si correspondiera), controlar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que se alimente de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.
Análisis de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas a un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares) cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para los análisis de enfermedad cardiovascular cubiertos una vez cada 5 años.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Los exámenes pélvicos y Papanicolaou se cubren uno cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad de concebir y ha tenido un examen de Papanicolau anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolau cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvico y Papanicolau preventivos, cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. Cobertura adicional suministrada por Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx: • Evaluación quiropráctica inicial cubierta una vez por año calendario	Usted paga $15 por cada consulta cubierta por Medicare. Usted paga $15 por la primera evaluación quiropráctica. Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP. Otras formas de atención quiroprácticas no son beneficios cubiertos. Consulte el Capítulo 4, Sección 3.1 para ver qué servicios están excluidos de la cobertura.
Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas de 50 años o más, se cubren los siguientes exámenes: • Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de control alternativo) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal sensible al guayacol (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (PIF). • Exploración colorrectal basada en el ADN cada 3 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
En el caso de las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema opaco de control alternativo) cada 24 meses En el caso de las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Los servicios cubiertos de Medicare proporcionados por un odontólogo o un cirujano oral que se limitan a cirugía maxilar o estructuras relacionadas, composición de fracturas de mandíbula o huesos de la cara, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico.	Usted paga $45 por cada visita al consultorio cubierta por Medicare. Consulte “Atención de internación” y “Cirugía/servicios ambulatorios” en este cuadro para conocer su participación en los costos cuando recibe los servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.
Bonificación para odontología El plan reembolsará a los miembros de Tufts Medicare Preferred Saver Rx hasta $150 por año para servicios preventivos, como exámenes orales, limpiezas (profilaxis), tratamientos con flúor y radiografías dentales. Para obtener este reembolso, envíe un formulario de reembolso junto con los comprobantes de pago y cualquier otra información detallada en el formulario. Llame a Servicios al cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web en thpmp.org. Envíe el formulario completo junto con los documentos solicitados a la dirección que aparece en el formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al cliente.	Los miembros pueden recibir un reembolso de hasta $150 para servicios odontológicos preventivos, y deberán pagar cualquier monto que supere los $150 de la bonificación para odontología.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen para detectar la depresión por año. El examen debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita de examen anual de detección de la depresión.
Exámenes de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para autocontrol de la diabetes, suministros y servicios diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (insulino-dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre: Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los medidores. • Para las personas con diabetes que sufren enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye las pruebas. • La capacitación de autocontrol de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones.	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare. Si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe los servicios, se aplicará un copago por la atención médica recibida debido a la afección médica existente. Antes de recibir servicios de capacitación de autocontrol de la diabetes, primero debe tener una derivación de su PCP. La cobertura de medidores de glucosa en sangre, tiras

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Para personas con riesgo de tener diabetes: Las pruebas de glucosa en plasma en ayunas según sea médicamente necesario. • Por servicios de podología relacionados con diabetes, consulte los servicios de podología en este cuadro de beneficios.	reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de glucosa está limitada a los productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc. Importante: no hay marca preferida para las lancetas. Primero debe tener una indicación médica de su PCP o el médico que trata su diabetes para obtener insumos cubiertos para diabéticos (incluidos zapatos terapéuticos hechos a medida).
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados*	
(Para ver la definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este manual). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: Sillas de ruedas, muletas, colchones antiescaras, suministros para diabéticos, camas hospitalarias recetadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	Usted paga 20 % de coseguro por artículos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. La calificación para cada artículo depende de los criterios enumerados.
Artículos adicionales cubiertos por Tufts Health Plan Medicare Preferred: Equipo de seguridad para el baño El siguiente equipo de seguridad para el baño está cubierto para los miembros que tienen una discapacidad funcional cuando tener el artículo mejorará la seguridad (la instalación no está	Usted paga un 20 % de coseguro por equipo de seguridad para el baño con receta de un médico de la red para un proveedor de

* Excepto en una emergencia, puede ser necesaria la autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener ciertos equipos médicos duraderos y suministros relacionados.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
cubierta) • Asiento de inodoro elevado estándar: 1 por miembro cada 5 años • Barras de soporte estándar para el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años • Asiento para bañera estándar: 1 por miembro cada 5 años Cubrimos todo el DME que sea necesario por razones médicas cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor de su área no dispone de una marca específica o fabricante, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.	equipo médico duradero o de dispositivos protésicos y ortopédicos de la red que esté en el círculo de derivación de su PCP. La calificación para cada artículo depende de los criterios enumerados.
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia. Una **"emergencia médica"** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o un problema de salud que empeora rápidamente. La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios ofrecidos por proveedores fuera de la red es la misma participación que para los servicios de emergencia ofrecidos por proveedores de la red. Su plan incluye cobertura internacional para atención de emergencia.	Usted paga $90 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare. Usted no paga este monto si es internado en el hospital por la misma afección dentro de las 24 horas posteriores (consulte Atención de internación en esta sección para conocer la participación en los costos que se aplica en este caso). Si lo mantienen en observación, el copago de $90 aún se aplica En algunos casos, es posible que deba pagar un copago adicional por los servicios brindados por determinados proveedores en la sala de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y debe ser internado después de que se

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	haya estabilizado su condición de emergencia, el plan debe autorizar su internación en un hospital fuera de la red, y su costo será la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.
Programas de educación para la salud y el bienestar **Bonificación para servicios de bienestar** • Participación en clases de gimnasia, como yoga, Pilates, Tai Chi y aeróbica. • Membresía en un club de salud o gimnasio calificado. Un club de salud o gimnasio calificado proporciona equipos para realizar ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de fuerza en el lugar, e incluye orientación de las instalaciones y los equipos para cada miembro. Este beneficio no cubre las tarifas de membresía que paga en clubes de salud o gimnasios no calificados, entre otros, centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes de campo, clubes deportivos y sociales, y actividades deportivas como golf y tenis. • Visitas a un acupunturista autorizado. • Visitas a un asesor nutricional autorizado o dietista registrado para servicios de asesoramiento nutricional Participación en: • Un programa “Matter of Balance” dirigido por un instructor • Un programa de autocontrol de enfermedades crónicas • El taller del programa para diabetes • El programa *Healthy Eating for Successful Living* • El programa *Healthy IDEAS* • *Powerful Tools for Caregivers* • El programa *Arthritis Foundation Exercise* • El programa *Enhance Wellness*, incluidas las actividades para ejercitar la memoria • El programa *Fit for Your Life* • El programa *AAA Senior Driving*	El plan le reembolsa hasta $250 cada año calendario del costo de membresía en un centro de salud o gimnasio calificado, clases de gimnasia cubiertas, o por su participación en programas de bienestar como "Matter of Balance", autocontrol de enfermedades crónicas, taller para la diabetes, Healthy Eating for Successful Living, Healthy IDEAS, Powerful Tools for Caregivers, Arthritis Foundation Exercise, Enhance Wellness, Fit for your Life, AAA Senior Driving, actividades para ejercitar la memoria o sesiones de asesoramiento nutricional con un asesor nutricional autorizado o dietista registrado. Usted paga todos los cargos que superen $250 por año calendario.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para obtener este reembolso, envíe un formulario de reembolso de los beneficios de bienestar junto con el comprobante de pago y la información adicional incluida en el formulario. Llame a Servicios al cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web en thpmp.org. Envíe el formulario completo junto con la documentación requerida a la dirección que aparece en el formulario. Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al cliente.	Tufts Health Plan Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso antes del 31 de marzo del año siguiente.
Programas de control de peso	
El plan cubre programas para perder peso, como Weight Watchers, Jenny Craig o un programa hospitalario de pérdida de peso. Este beneficio no cubre los costos de comidas o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas, u otros artículos o suministros.	El plan reembolsa hasta un máximo anual de $150 para pagar el costo de los programas de pérdida de peso.
Para obtener este reembolso, envíe un formulario de reembolso del programa de control de peso junto con el comprobante de pago y la información adicional incluida en el formulario. Llame a Servicios al cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web en thpmp.org. Envíe el formulario completo con la documentación requerida a la dirección que aparece en el formulario. Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al cliente.	Tufts Health Plan Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso antes del 31 de marzo del año siguiente.
Servicios de audición	
Los estudios diagnósticos de audición y equilibrio realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención ambulatoria cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. • Exámenes de diagnóstico de audición. • Examen de audición de rutina cada año calendario. • Audífonos**	Usted paga $45 por un examen de audición cubierto por Medicare. Para realizarse un examen de audición de diagnóstico con un especialista, debe tener una derivación de su

** Los copagos para estos artículos/servicios no se contabilizan para su monto máximo de bolsillo anual.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	PCP. Usted paga $45 por un examen de audición de rutina anual. No se requiere derivación para un examen de audición de rutina anual, pero debe usar un proveedor del plan. Las evaluaciones de audífonos realizadas con Hearing Care Solutions tienen un costo de $0. Si se realizan exámenes de audición de diagnóstico o de rutina, puede aplicarse una participación en los costos adicional. Los audífonos están cubiertos solo a través de Hearing Care Solutions. Hasta 2 audífonos por año, 1 por cada oído. Un copago de $250 por audífonos de nivel estándar. Un copago de $475 por audífonos de nivel superior. Un copago de $650 por audífonos de nivel avanzado. Un copago de $850 por audífonos de nivel avanzado plus.
Examen de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o quienes corren un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses	No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	Medicare.
Atención médica domiciliaria por agencia Antes de recibir servicios médicos domiciliarios, un médico deberá certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria y pedir que una agencia de atención médica domiciliaria preste dichos servicios. Usted debe estar confinado en su casa, es decir que salir representa un esfuerzo considerable. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (para contar con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana) • Los servicios de asistente de salud a domicilio sin la prestación de otros servicios especializados no están cubiertos • Las pautas Medicare no permiten la cobertura de servicios de atención médica domiciliaria en bloque, como los servicios continuos de asistente de salud a domicilio o enfermería especializada durante más de 2 horas por vez • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios sociales y médicos • Equipo y suministros médicos	Usted paga $0 por los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de terapia de infusión domiciliaria.
Terapia de infusión domiciliaria* proporcionada en el hogar por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria cuando la orden está emitida por un médico autorizado y se administra	Usted paga $0 por los servicios de terapia de infusión domiciliaria

* Excepto en una emergencia, puede ser necesaria la autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
según las pautas del plan. Los servicios cubiertos incluyen ciertos medicamentos intravenosos, productos biológicos, infusiones intratecales y epidurales y fórmulas de nutrición parenteral total, y los suministros, equipos y visitas de enfermería especializada necesarios para administrar estos servicios. Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx cubre los siguientes medicamentos de infusión domiciliaria de la Parte D como parte de un servicio agrupado bajo el beneficio de infusión domiciliaria: antibióticos por vía intravenosa e inmunoglobulinas por vía intravenosa.	cubiertos por Medicare Su *Directorio de proveedores* incluye los proveedores de infusión domiciliaria de nuestra red.
Cuidados paliativos Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria <u>En el caso de servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y todos los servicios de la Parte A y B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios que este paga. <u>En el caso de servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia o urgencia, que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, será Original Medicare quien pague sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, no *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
enfermedad terminal, el costo de estos servicios para usted dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan: • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de participación en los costos del plan por servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará la participación en los costos de acuerdo con el cargo por servicio de Medicare (Original Medicare) En el caso de los servicios que están cubiertos por *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las partes A o B, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted paga su parte de participación en los costos por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos no tienen nunca cobertura simultánea del programa de cuidados paliativos y de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 *(Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)*. **Nota:** Si necesita cuidados no paliativos (atención médica que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe, en otoño y en invierno, y aplicaciones adicionales si fuera necesario por razones médicas • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si presenta riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. Algunas vacunas también están cubiertas por nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Evaluación de seguridad en el hogar **Servicio adicional cubierto por Tufts Health Plan Medicare Preferred:** La evaluación de seguridad en el hogar se lleva a cabo cuando así lo recomienda el PCP del miembro o el Administrador de caso. Esta evaluación es para los miembros que no califican para la evaluación de seguridad en el hogar de Original Medicare. La evaluación de seguridad en el hogar incluye evaluar el riesgo del miembro de caerse mediante lo siguiente: 1. La prueba de levantarse y caminar 2. Revisión de medicamentos 3. Antecedentes detallados de caídas, problemas de equilibrio o incontinencia 4. Una evaluación para saber si el dolor o los problemas de articulaciones pueden contribuir al riesgo de caídas 5. Un examen oftalmológico y de audición 6. Evaluación de habitaciones comunes de la casa (sala de estar, cocina, dormitorio y baño) en busca de riesgos ambientales (alfombras, cables, luminarias, pasamanos)	Usted paga $0 por una evaluación de seguridad en el hogar. No se requiere derivación para este servicio, pero la evaluación de seguridad domiciliaria debe ser realizada por un proveedor del plan.
Atención de internación[*] Incluye atención de internación de pacientes agudos, internación de rehabilitación, hospitales de cuidados de largo plazo y otros tipos de servicios durante internación. La atención de internación comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital por orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es el último día de hospitalización. En el caso de atención en un hospital general de agudos, está cubierto por los días que sean médicamente necesarios: no hay límite. Los períodos de beneficios de Medicare no se aplican a	Atención de internación Cada vez que es admitido en un hospital de agudos, usted paga $350 por día para los días 1 a 5 y $0 después del día 5. Esto se aplica a todas las admisiones, incluso una transferencia de otro centro como un centro de

[*] Excepto en una emergencia, puede ser necesaria la autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de recibir este servicio.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
las internaciones en hospitales de agudos. En el caso de atención en centro de rehabilitación u hospital de cuidados de largo plazo para agudos está cubierto hasta 90 días por cada período de beneficios. Puede utilizar los 60 días de reserva de por vida para complementar la atención en un hospital a largo plazo o de rehabilitación. La cobertura está limitada por el uso previo, parcial o completo de estos días, los cuales pueden usarse solamente una vez en la vida. Entre los servicios cubiertos se encuentran los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios comunes de enfermería • Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidado intensivo o coronario) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje • Servicios de internación por abuso de sustancias • En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. En caso de que necesite un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de nuestra red se brindan fuera del patrón de atención comunitaria, usted puede decidir obtener los servicios a nivel local, siempre y cuando los proveedores locales de servicios de trasplante acepten los honorarios de Original Medicare. Si *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* ofrece servicios de trasplante en un centro fuera	rehabilitación de agudos o de enfermería especializada. Servicios de rehabilitación de agudos Cada vez que es admitido en un hospital de rehabilitación de agudos o de cuidados de largo plazo para agudos, usted paga $350 por día para los días 1 a 5 y $0 después del día 5 hasta 90 días dentro de un período de beneficios, por servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de rehabilitación de agudos o de cuidados de largo plazo para agudos. Si recibe atención de internación autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia haya sido estabilizada, su costo será la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red. Un período de beneficios comienza el primer día que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin estar internado en un hospital o centro de enfermería especializada. Si ingresa en

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige recibir los servicios de trasplante en este centro, coordinaremos o pagaremos los gastos de transporte y alojamiento necesarios para usted y un acompañante. Generalmente los trasplantes solo tienen cobertura en nuestra área de servicio. En caso de que Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx lo envíe a un centro distante para el trasplante que no puede realizarse a nivel local, coordinaremos o pagaremos los gastos de transporte y alojamiento necesarios para usted y un acompañante. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de médicos **Nota:** Para ser internado, su proveedor debe emitir una orden para admitirlo formalmente en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. • También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Es usted paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	un hospital (o centro de enfermería especializada) después de finalizado un período de beneficios, se iniciará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada.
Internación de salud mental Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren internación. Hay un límite de 190 días de por vida para los servicios de atención de salud mental y abuso de sustancias proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente. El beneficio está limitado por el uso completo o parcial previo del tratamiento de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. Este límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental y abuso de	Cada vez que es admitido en una institución psiquiátrica para servicios cubiertos, usted paga $315 por los días 1 a 5 y $0 después del día 5. El beneficio máximo de internación de salud mental

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
sustancias proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Para los servicios de internación de salud mental/abuso de sustancias, deberá utilizar el hospital correspondiente al círculo de derivación de su médico de atención primaria (PCP) designado para servicios de salud mental. Esto puede requerir una transferencia del hospital que usa su PCP para los servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para servicios de salud mental.	es de 190 días de por vida El límite de 190 días de por vida no se aplica a internaciones en un hospital general de agudos.
Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una internación no cubierta Si ha agotado sus beneficios internación o si la internación no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos algunos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (por ej., análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos que incluyen materiales técnicos y servicios • Vendajes quirúrgicos • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean odontológicos) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funcione mal, incluida la sustitución o la reparación de esos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando esté indicado por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia de nutrición médica por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la orden con frecuencia anual si su tratamiento será necesario el año calendario siguiente.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada para lograr cambios en las conductas de salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para resolución de problemas con el fin de superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos con nuestro plan. Los medicamentos	Usted paga un coseguro del 20 % por medicamentos recetados para quimioterapia de la Parte B

* Excepto en una emergencia, puede requerirse autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de obtener ciertos medicamentos recetados de la Parte B.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que generalmente no se los autoadministra el paciente y que se inyectan o infunden mientras está recibiendo servicios médicos, ambulatorios en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan • Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyecciones en caso de tener hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscripto en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Quimioterapia • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Procrit®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primarias El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, como las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	de Medicare. Usted paga un coseguro del 20 % por medicamentos recetados de la Parte B de Medicare que no sean para quimioterapia. Estos medicamentos recetados están cubiertos por la Parte B y no están cubiertos por el Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D); por lo tanto, no cuentan para su monto máximo de bolsillo de la Parte D de Medicare.
Detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida sostenida de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se lo puede integrar con su plan de	No hay coseguro, copago ni deducible por la detección y tratamiento preventivo de obesidad.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	
Exámenes ambulatorios de diagnóstico, servicios e insumos terapéuticos*	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías	Usted paga $20 por día por los servicios radiológicos cubiertos por Medicare. Usted paga solo un copago por día, aunque deba realizarse múltiples radiografías.
• Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), que incluyen suministros y materiales técnicos	Usted paga $60 por las sesiones de terapia de radiación cubiertas por Medicare.
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones	Usted paga $0 por los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare.
• Análisis de laboratorio	Usted paga $20 por los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. Este copago no se aplica a las extracciones de sangre o análisis de RIN (pruebas de anticoagulación). Usted

* Excepto en una emergencia, puede requerirse autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred antes de obtener ciertas pruebas, servicios terapéuticos y suministros ambulatorios.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	paga un único copago por día aunque deba realizarse múltiples análisis de laboratorio.
• Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite.	Usted paga $0 por los servicios de suministro de sangre cubiertos por Medicare.
• Servicios radiológicos de diagnóstico, como ultrasonido, imágenes cardíacas nucleares, tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas, y tomografías computarizadas	Usted paga $325 por día para los servicios de diagnóstico radiológico cubiertos por Medicare.
• Otros estudios diagnósticos ambulatorios incluyen, entre otros, estudios del sueño, electrocardiogramas, pruebas de estrés, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria.	Usted paga $20 por día para los estudios cubiertos por Medicare. Usted paga un único copago por día aunque deba realizarse múltiples estudios. Si usted recibe múltiples servicios practicados por diferentes proveedores, la participación en los costos se aplicará por separado. Antes de recibir servicios de radioterapia o de diagnóstico, como radiografías, ultrasonido, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética, tomografía computarizada o servicios de terapia de radiación, primero debe obtener una orden o indicación por escrito de su PCP o del especialista al cual fue derivado por su PCP, según corresponda.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios[*] Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención médica de un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que, de otra manera, requeriría internación para su tratamiento • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos, como tablillas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse el paciente. **Nota:** Excepto cuando el proveedor haya emitido una orden para admitirlo en internación, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de participación en los costos de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de que es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Es usted paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando a 1-	Usted paga $90 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare. Usted paga $350 por día para servicios y procedimientos ambulatorios, entre otros, cirugía ambulatoria realizada en un centro hospitalario ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria. Para recibir los servicios hospitalarios ambulatorios, debe tener una derivación de su PCP.

[*] Excepto en una emergencia, puede ser necesaria la autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener algunos servicios hospitalarios ambulatorios.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental autorizado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.	Usted paga $25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare. Para recibir los servicios de un especialista, debe tener una derivación de su PCP. Usted paga $0 por las visitas cortas en consultorio con el único propósito de controlar o cambiar sus medicamentos.
Servicios ambulatorios de rehabilitación Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios ambulatorios de rehabilitación se prestan en diferentes entornos ambulatorios, como servicios ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).	Usted paga $40 por cada visita de terapia física cubierta por Medicare. Usted paga $40 por cada visita de terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje, independientemente del entorno ambulatorio. Usted paga $0 por una consulta ambulatoria postquirúrgica de terapia física o terapia ocupacional, de hasta 15 minutos, antes del alta. Para recibir servicios de terapia física, terapia ocupacional o servicios de

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	terapia del habla, debe tener una derivación de su PCP. Usted paga $0 por las visitas de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar cubiertas por Medicare. No necesita una derivación para los servicios de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias La Parte B de Medicare cubre los servicios de tratamiento que se proveen en el departamento ambulatorio de un hospital para pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta después de una internación para el tratamiento por abuso de sustancias, o pacientes que requieren tratamiento, pero que no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en un entorno de internación. La cobertura de estos servicios está sujeta a las mismas reglas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios.	Usted paga $25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios de abuso de sustancias cubiertos por Medicare. Usted paga $0 por los servicios de hospitalización parcial si un médico de la red certifica que, de otra manera, sería necesaria internación para el tratamiento. Para recibir los servicios de un especialista, debe tener una derivación de su PCP.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria*	Usted paga $350 por día para servicios y

* Excepto en una emergencia, puede ser necesaria la autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener este servicio.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Nota: Si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será ambulatoria o con internación. Excepto cuando el proveedor haya emitido una orden para admitirlo en internación, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de participación en los costos de cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un "paciente ambulatorio".	procedimientos ambulatorios, entre otros, la endoscopía terapéutica y de diagnóstico, y cirugía ambulatoria realizada en un centro hospitalario ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria. Consulte "Exámenes de detección de cáncer colorrectal" en este cuadro para conocer su participación en los costos para los procedimientos de exploración colorrectal. Usted no paga copago por cirugía ambulatoria si es internado en el hospital por la misma afección dentro de las 24 horas posteriores a un procedimiento o cirugía ambulatorios (consulte "Atención de internación" en este cuadro para conocer la participación en los costos hospitalarios que se aplica en este caso). Si lo mantienen en observación, el copago aún se aplica. Para recibir los servicios de un especialista, debe tener una derivación de su PCP.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como servicio hospitalario ambulatorio o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación del paciente.	Usted paga $0 por los servicios de hospitalización parcial si un médico de la red certifica que, de otra manera, sería necesaria internación para el

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	tratamiento.
Servicios médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, servicio ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención odontológica que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía maxilar o estructuras relacionadas, composición de fracturas de mandíbula o huesos de la cara, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico) • Examen físico anual (un examen más completo que una visita anual de bienestar). Los servicios incluyen lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, pulmones, cabeza y cuello, y el sistema neurológico; mediciones y registro de signos vitales, como la presión sanguínea, ritmo cardíaco y ritmo respiratorio; una revisión completa de medicamentos recetados; y una revisión de internaciones recientes). Se cubren una vez por año calendario. • Visitas de seguimiento en consultorio después de haber sido dado de alta del hospital, centro de enfermería especializada, internación en centros de salud mental comunitarios, observación ambulatoria u hospitalización parcial.	Usted paga $10 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con su PCP u otro médico de atención primaria. Usted paga $45 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con un especialista. Usted paga $0 por las visitas a su PCP, enfermera registrada/enfermero profesional o clínica para anticoagulados cuando va exclusivamente para un análisis de RIN (visita de anticoagulación). Usted paga $0 por un examen físico anual. Si recibe servicios para tratar una afección médica durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago por visita al consultorio de PCP de $10. Si usted recibe otros servicios, puede aplicarse una participación en los costos adicional. Usted paga $0 por una visita de seguimiento después de ser dado de alta de un hospital, centro de enfermería especializado, centro de salud mental comunitario, observación

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	ambulatoria u hospitalización parcial, que cumpla los requisitos definidos por Medicare. Para recibir los servicios de un especialista, debe tener una derivación de su PCP. Consulte "Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria" en este cuadro para conocer el copago que paga por los procedimientos y servicios ambulatorios, entre otros, la endoscopía terapéutica y de diagnóstico y la cirugía ambulatoria en un centro hospitalario ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria.
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo martillo o espolones del talón) • Podología de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores, como, entre otras, la diabetes	Usted paga $45 por cada consulta cubierta por Medicare Para recibir los servicios de podología, debe tener una derivación de su PCP.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para un análisis de PSA anual.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados*	
Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo de manera total o parcial. Estos incluyen, entre otros: Bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, soportes, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de una eliminación de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte "Atención oftalmológica" más adelante en esta sección.	Usted paga un 20 % de coseguro con una receta de un médico de la red para un proveedor de equipo médico duradero o de dispositivos protésicos y ortopédicos de la red que esté en el círculo de derivación de su PCP. La calificación para obtener cada artículo depende de los criterios enumerados.
Artículos adicionales cubiertos por Tufts Health Medicare Preferred HMO Saver Rx Están cubiertas las medias de compresión gradual o medias quirúrgicas para miembros con edema periférico de las extremidades inferiores, insuficiencia venosa sin úlceras por estasis, linfedemas, varicosidades sintomáticas, síndrome postrombótico (síndrome posflebítico) o hipotensión de postura, o para evitar la reaparición de úlceras por estasis que hayan sanado. • Medias de compresión gradual: hasta 2 pares cada 6 meses O Medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses. • Mangas de mastectomía para miembros con diagnóstico de linfedema posmastectomía: hasta 2 mangas cada 6 meses. Nota: Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx continuará cubriendo las medias de compresión gradual, según las pautas de cobertura de Medicare para la insuficiencia venosa con úlceras por estasis.	Usted paga un 20 % de coseguro con una receta de un médico de la red para un proveedor de equipo médico duradero o de dispositivos protésicos y ortopédicos de la red que esté en el círculo de derivación de su PCP. La calificación para obtener cada artículo depende de los criterios enumerados.

* Excepto en una emergencia, puede ser necesaria la autorización previa de Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener este servicio.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Suministros médicos Artículos médicamente necesarios u otros materiales que se usan una vez, y se desechan, o agotados de alguna manera. Incluye, entre otros: catéteres, gasa, suministros de vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril y suministros de traqueotomía.	Usted paga $0 por suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare.
Evaluación y terapia para reducir el uso indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (entre ellos, mujeres embarazadas) que hacen uso indebido de bebidas alcohólicas pero no son alcohólicos. Si su evaluación es positiva para el uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas personalizadas de terapia por año (si se muestra apto y atento durante la terapia), que serán proporcionadas por un profesional o médico de atención primaria calificado en un centro de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y terapia cubiertos por Medicare para reducir el uso indebido de alcohol.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Las personas elegibles tienen cubierta una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles para este estudio son** personas de entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo (mínimo, 30 paquetes/año) y que son fumadores o han dejado de fumar en los últimos 15 años, y reciben una orden escrita para la LDCT de parte de un médico o profesional de la salud calificado durante una visita de asesoramiento sobre este estudio en la que se toman decisiones compartidas, que cumple con los criterios establecidos por Medicare para tales visitas. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores al examen inicial*, el miembro debe recibir una orden	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y visita médica en la que se comparte la toma de decisiones, cubiertas por Medicare, ni por la LDCT

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
escrita para realizarse el estudio, que puede ser suministrada durante cualquier visita acorde a un médico o profesional de la salud calificado. Si en los siguientes exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, el médico o profesional de la salud elige brindar una visita de asesoramiento sobre este estudio en la que se toman decisiones compartidas, la visita deberá cumplir con los criterios establecidos por Medicare para tales visitas.	
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir ETS Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con riesgo aumentado de contraer una ETS cuando las solicita el médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personalizadas de terapia conductual intensiva de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son proporcionadas por un médico de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección de ETS y asesoramiento sobre ETS cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar a los miembros sobre el cuidado de los riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV con una derivación de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales una vez en la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3)	Usted paga $0 por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare dentro del área de servicio cuando los solicita su PCP. No se requiere de derivación para los servicios de diálisis.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Tratamientos de diálisis durante internación (si es internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliaria) • Equipo y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de especialistas en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, ayudar en casos de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección, "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".	
Atención en centros de enfermería especializada (Para ver una definición de "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este manual. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se los denomina "SNF", por sus siglas en inglés). Usted tiene hasta 100 días cubiertos por cada período de beneficios. No se requiere ninguna hospitalización previa. Entre los servicios cubiertos se encuentran los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención médica (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF	Por cada admisión, usted paga $0 por día para los días 1 a 20 y $160 por día para los días 21 a 44, y $0 por día para los días 45 a 100 de un período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin estar internado en un hospital o centro de enfermería especializada. Si ingresa en un hospital (o SNF) después de finalizado un período de beneficios, se iniciará un nuevo período de

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Análisis de laboratorio realizados comúnmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados normalmente por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados normalmente por los SNF. • Servicios médicos/profesionales Generalmente, recibirá atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en determinadas situaciones, que se enumeran a continuación, es posible que deba pagar el monto de participación en los costos por servicios de la red para un centro que no es proveedor de la red, siempre que el centro acepte los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia para adultos mayores o una comunidad de atención continua para adultos mayores en la que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que vive su cónyuge en el momento en que usted sale del hospital.	beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada.
Tratamiento antitabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar y usar tabaco) <u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el uso del tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de tratamiento para dejar el tabaco en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de tratamiento incluye hasta cuatro visitas personales. <u>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el uso del tabaco o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco</u>: Cubrimos servicios de tratamiento antitabaquismo. Cubrimos dos intentos de tratamiento para dejar el tabaco en un período de 12 meses, pero usted deberá pagar la participación en los costos correspondiente. Cada intento de tratamiento incluye hasta cuatro visitas personales. • El asesoramiento telefónico para dejar de fumar también se encuentra disponible a través de QuitWorks. QuitWorks es un servicio gratuito para dejar de fumar basado en evidencia desarrollado por el Departamento de Salud	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo del tratamiento antitabaquismo cubierto por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pública de Massachusetts Si está listo para dejar de usar tabaco o está pensando en hacerlo, pregúntele a su médico sobre QuitWorks, visite www.makesmokinghistory.org, o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). Consulte el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx para conocer los fármacos cubiertos para dejar el tabaco.	
Ejercicios físicos supervisados (SET) El programa de ejercicios físicos supervisados (SET, por sus siglas en inglés) está cubierto para los miembros con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un lapso de 12 semanas si se cumplen los requisitos para el programa SET. Características del programa SET: • Sesiones de 30 a 60 minutos que consisten de ejercicios terapéuticos para EAP en pacientes con claudicación intermitente • Debe realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en un consultorio médico • Debe impartirlo personal auxiliar calificado que pueda controlar que los beneficios superan los perjuicios, y que esté entrenado en fisioterapia para EAP • Debe estar supervisado por un médico, asistente médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica que debe contar con entrenamiento básico y avanzado de técnicas de reanimación cardiopulmonar Puede extenderse la cobertura de 36 sesiones en 12 semanas a otras 36 sesiones durante un lapso extendido si un proveedor de salud lo considera médicamente necesario.	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios necesarios de urgencia Los servicios necesarios de urgencia son proporcionados para tratar una enfermedad, lesión o problema de salud imprevistos, pero no de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de	Usted paga $10 por cada visita al consultorio de su médico de atención primaria cubierta por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente. La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios ofrecidos por proveedores fuera de la red es la misma participación que para los servicios de emergencia ofrecidos por proveedores de la red. Su plan incluye cobertura internacional para la atención de urgencia.	Usted paga $45 por cada visita cubierta por Medicare al consultorio de otros proveedores por servicios necesarios de urgencia. Usted paga $90 por cada visita de atención de urgencia en una sala de emergencias cubierta por Medicare.
Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, entre ellas, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oftalmológicas) para lentes o lentes de contacto.	Usted paga $45 por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o condición ocular.
• Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, afroamericanos mayores de 50 años, e hispanoamericanos de más de 65 años.	Usted paga $0 por un examen de glaucoma si presenta alto riesgo. Para recibir los servicios de diagnóstico o tratamiento de una afección médica ocular, debe tener una derivación de su PCP. No se requiere derivación para una visita al optometrista, pero debe usar un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Para las personas con diabetes, el examen de detección de la retinopatía diabética se cubre una vez al año.	Usted paga $45 para un examen de retinopatía diabética anual. Para recibir los servicios de diagnóstico o tratamiento de una afección médica ocular por parte de un oftalmólogo, debe tener una derivación de su PCP. No se requiere

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	derivación para una visita al optometrista, pero debe usar un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un par de lentes con marcos estándar o lentes de contacto terapéuticos (recetados) después de cada cirugía de cataratas que incluya inserción de un lente intraocular. Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de una eliminación de cataratas sin implante de lente (la tonalización, protección antirreflejo, lentes U-V o extragrandes están cubiertos solo cuando el médico tratante los considere médicamente necesarios).	Usted paga $0 por un par de lentes estándar con marcos estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se compran en un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará la diferencia entre el cargo permitido por Medicare y el costo del proveedor si compra marcos mejorados. No se requiere derivación para este servicio, pero debe adquirir los artículos ópticos cubiertos en un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un par de lentes terapéuticos estándar (recetados) por año calendario (incluye un par de marcos estándar y lentes monofocales, bifocales y trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, miopía elevada, afaquia, afaquia congénita o pseudoafaquia.	Usted paga $0 por un par de lentes estándar con marcos estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, miopía elevada, afaquia, afaquia congénita o pseudoafaquia. Usted pagará la diferencia de precio por encima del cargo permitido. No se requiere derivación para este servicio, pero debe adquirir los artículos ópticos cubiertos en un proveedor de la red EyeMed Vision

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Care.
• Un examen oftalmológico de rutina por año calendario	Usted paga $45 por un examen oftalmológico de rutina anual. No se requiere derivación para un examen oftalmológico de rutina anual, pero debe usar un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un par de lentes estándar (lentes recetados, marcos o una combinación de marcos y lentes) o lentes de contacto por año calendario. Este beneficio no puede combinarse con los beneficios de lentes o lentes de contacto estándar descriptos en el cuarto y quinto puntos anteriores. Si los lentes o lentes de contacto se compran en un proveedor de la red EyeMed Vision Care, el beneficio está limitado a $150 por año calendario. Los artículos de oferta están excluidos y este beneficio no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón o código promocional de las tiendas. Si los lentes o lentes de contacto se compran en una tienda que no es parte de la red EyeMed Vision Care, el beneficio está limitado a $90 por año calendario. En cualquier caso, el beneficio anual puede aplicarse a los lentes O a los lentes de contacto, pero no a ambos. Para comunicarse con EyeMed si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, debe llamar al 1-866-591-1863.	Para acceder al beneficio de artículos ópticos de rutina, puede comprar los artículos ópticos a cualquier proveedor. Si elige un proveedor de la red EyeMed Vision Care, se aplica el beneficio de $150 por año calendario en el momento del servicio, y usted paga la diferencia. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación. Si usa un proveedor que no es de la red, deberá pagarlo de su bolsillo y solicitar el reembolso. Se le reembolsará hasta $90 por año calendario. Debe presentar una reclamación a EyeMed Vision Care para obtener el reembolso. Llame a Servicios al cliente para solicitar el formulario de reclamación. No se pueden combinar los dos beneficios. Si el costo de los lentes o

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	lentes de contacto supera el límite del beneficio ($150 en la red EyeMed Vision Care, $90 para un proveedor no participante), usted paga todos los cargos adicionales. El beneficio anual puede aplicarse a los lentes O a los lentes de contacto, pero no a ambos. El proveedor del plan para servicios, lentes o lentes de contacto para la atención de rutina puede ser diferente del proveedor del plan para servicios, lentes o lentes de contacto para el tratamiento de las afecciones médicas descriptas en los primeros cuatro puntos. Llame a Servicios al cliente si tiene preguntas o inquietudes acerca de sus beneficios oftalmológicos.
Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare". Esta visita incluye una evaluación de su salud, educación y asesoramiento acerca de servicios preventivos que usted necesita (entre ellos, algunos exámenes de detección y vacunas), y derivaciones para recibir atención adicional si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro del período de 12 meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando haga la cita, avísele al personal del consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare".

Servicios que tiene cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pelucas	
Las pelucas están cubiertas para los miembros que pierden el cabello debido al tratamiento para el cáncer. Para obtener este reembolso, envíe un formulario de reembolso para miembros junto con el comprobante de pago y la información adicional incluida en el formulario. Comuníquese con Servicios al cliente para solicitar un formulario de reembolso o ingrese en nuestro sitio web thpmp.org. Envíe el formulario completo con la documentación requerida al domicilio que aparece en el formulario. Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al cliente.	El plan cubre hasta $500 en un año calendario. Para acceder al beneficio de peluca, puede comprar la peluca en cualquier proveedor. Si elige un proveedor participante, el beneficio de $500 por año calendario se aplica en el momento del servicio, y usted paga la diferencia. Además, si usa un proveedor participante tendrá descuentos en los precios. Si usa un proveedor que no es de la red, deberá pagarlo de su bolsillo y solicitar el reembolso. Debe presentar una reclamación al Plan para obtener un reembolso. Llame a Servicios al cliente para solicitar el formulario de reclamación. Si el costo de la peluca supera el límite del beneficio ($500), usted paga todos los cargos adicionales. No es necesaria una derivación para este beneficio.

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no se incluyen en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman **“Beneficios complementarios opcionales”.** Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y quizás deba pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios adicionales descriptos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que los demás beneficios.

Ofrecemos cobertura odontológica como beneficio complementario opcional. Esta cobertura odontológica no está cubierta por Medicare Original y no se incluyen en su paquete de beneficios como miembro del plan. Si desea este beneficio complementario opcional, debe inscribirse para recibirlo y pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios adicionales descriptos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que los demás beneficios. Este beneficio complementario está administrado por Delta Dental® de Massachusetts y está disponible para los miembros inscriptos en los planes de Tufts Medicare Preferred HMO.

Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred

Sabemos que para usted es importante contar con opciones a la hora de seleccionar beneficios de salud adicionales. La Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred es un paquete de beneficios complementarios que supera lo requerido por Medicare. Se ofrece por una prima del plan mensual de $54. Esto es adicional a cualquier prima del plan que tenga que pagar por su plan Medicare Advantage. Estos beneficios complementarios opcionales incluyen servicios odontológicos preventivos, de diagnóstico, y menores y mayores de restauración. Estos beneficios complementarios opcionales no pueden combinarse con otros beneficios odontológicos ofrecidos por su plan.

Si tiene otras preguntas sobre la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Beneficios de la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred

Con este plan, obtiene servicios preventivos, que incluyen radiografías, limpiezas y controles de rutina. También están cubiertos los servicios menores y mayores de restauración.

¿Cómo funciona el plan odontológico?
Los beneficios de este plan odontológico son exclusivamente para servicios provistos por un odontólogo de la red que forme parte de la red PPO (Organización de proveedores preferidos) de Delta Dental. Cualquier monto que pueda tener que pagar a su odontólogo de la red se explica en el Cuadro de beneficios de la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred que sigue a continuación. Los servicios prestados por proveedores no participantes no están cubiertos.

Deberá mostrar su tarjeta de identificación para odontología cuando acuda a su cita con el dentista. Su odontólogo de la red PPO de Delta Dental presentará la reclamación directamente a Delta Dental una vez que haya prestado los servicios. Delta Dental realizará los pagos directamente al odontólogo de la red PPO de Delta Dental.

Si tiene dudas sobre las reclamaciones odontológicas, comuníquese con Servicios al cliente al número que figura en la contratapa de este manual.

¿Cómo elegir un odontólogo de la red PPO de Delta Dental?
Un odontólogo de la red es un odontólogo matriculado que ha llegado a un acuerdo con Delta Dental para prestar servicios a las personas cubiertas. Para saber si su odontólogo forma parte de la red PPO de Delta Dental o si necesita un odontólogo nuevo, consulte el directorio de proveedores o llame a Servicios al cliente al número que figura en la contratapa de este manual.

Servicios odontológicos cubiertos por la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred

Los servicios odontológicos cubiertos están sujetos a los límites y exclusiones descriptos en esta Cláusula de odontología. Los servicios odontológicos descriptos en esta sección están cubiertos cuando estos servicios son prestados por un proveedor participante de la red PPO de Delta Dental.

El deducible anual no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico. El deducible es el monto que tiene que pagar antes de que comience la cobertura de los servicios. En este plan, no son necesarias las autorizaciones previas.

Cuadro de beneficios de la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred

Deducible anual individual: $50 por persona (deducible exento para las categorías de servicios preventivos y de diagnóstico)

Máximo por año calendario: El monto total que pagará el plan por servicios cubiertos en el año calendario es de $1,000 por persona.

Períodos de espera: Se aplica un período de espera de seis meses para ciertos beneficios. Consulte el cuadro siguiente para tener más información.

Beneficio	Límite	El miembro paga
Diagnóstico		
Examen oral integral (incluida la historia odontológica inicial y el odontograma)	Uno cada 60 meses.	El plan cubre 100 %
Evaluación oral periódica	Una cada 6 meses.	El plan cubre 100 %
Evaluación oral de emergencia para exámenes focalizados en un	Dos cada 12 meses.	El plan cubre 100 %

Beneficio	Límite	El miembro paga
problema		
Imágenes radiográficas intraorales de la boca completa (radiografías seriadas o panorámicas completas)	Una cada 60 meses.	El plan cubre 100 %
Imágenes radiográficas intraorales de aleta de mordida (radiografías de las coronas de los dientes) cuando las condiciones orales indican que es necesario)	Una cada 6 meses.	El plan cubre 100 %
Radiografías de una sola pieza dental, según sea necesario	Según sea necesario.	El plan cubre 100 %
Atención preventiva		El plan cubre 100 %
Limpieza, curetaje y pulido dental de rutina	Una cada 6 meses.	El plan cubre 100 %
Limpieza periodontal	Una vez cada 3 meses después de un tratamiento periodontal activo; no debe combinarse con la limpieza habitual.	El plan cubre 100 %
Tratamientos de flúor	Uno cada 6 meses.	El plan cubre 100 %
Enjuague bucal con clorhexidina	Beneficio cubierto únicamente cuando se administra en el consultorio del odontólogo luego de un curetaje y raspado radicular.	El plan cubre 100 %
Pasta dental con flúor	Beneficio cubierto únicamente cuando se administra en el consultorio del odontólogo luego de una cirugía periodontal.	El plan cubre 100 %
Restauraciones		
Empastes plateados y blancos (piezas dentales frontales)	Uno cada 24 meses por cavidad por pieza dental.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Empastes blancos (muelas)	Cubierto solo para cavidades simples. Uno cada 24 meses por cavidad, por pieza dental; las cavidades compuestas serán procesadas como un empaste plateado y el paciente será responsable de pagar hasta la tarifa contratada.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Incrustaciones simples	Las incrustaciones de metal, de porcelana y de resina compuesta se considerarán un beneficio alternativo y se procesarán como empaste plateado, y el paciente	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.

Beneficio	Límite	El miembro paga
	será responsable de pagar hasta la tarifa contratada.	
Restauraciones de protección	Una por pieza dental.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Cirugía bucal		
Extracciones simples	Una por pieza dental.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Extracciones quirúrgicas	Una por pieza dental.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Periodoncia		
Cirugía periodontal	Incluye gingivectomía, cirugía ósea, injertos de tejido blando y prolongación de coronas. Un procedimiento quirúrgico cada 36 meses, por cuadrante en piezas dentales naturales exclusivamente.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Curetaje y raspado radicular	Uno cada 24 meses, por cuadrante en piezas dentales naturales exclusivamente.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Injertos óseos y regeneración tisular guiada	Para facilitar procedimientos quirúrgicos; la cobertura está limitada a 2 piezas cada 36 meses, por cuadrante, en piezas dentales naturales exclusivamente.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Endodoncia		
Tratamiento de conducto	Uno por pieza dental de por vida.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Retratamiento de conducto radicular	Uno por pieza dental de por vida, 24 meses después del primer tratamiento de conducto.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Apicectomía	Una por pieza dental de por vida.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Mantenimiento protésico		

Beneficio	Límite	El miembro paga
Reparación de puente o dentadura postiza	Una cada 12 meses por puente o dentadura postiza.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Acondicionamiento de tejido	Dos tratamientos por dentadura postiza cada 36 meses.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Agregado de piezas dentales a dentaduras existentes parciales o completas	Uno por pieza dental, por dentadura postiza.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Rebasado o reemplazo de base de dentaduras postizas	Uno por dentadura postiza cada 36 meses.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Recementación de coronas e incrustaciones compuestas	Uno por pieza dental cada 12 meses.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Servicios complementarios*		
Tratamiento menor para alivio del dolor	Tres episodios en 12 meses.	El plan cubre 100 %
Anestesia general	Cuando sea necesario y apropiado para la remoción de la muela de juicio impactada cubierta, hasta una hora, únicamente cuando esté realizada por un odontólogo practicante autorizado.	Coseguro del 20 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Prostodoncia		
Dentaduras postizas	Dentaduras completas o parciales incluidas; una por arco cada 60 meses.	Coseguro del 50 % después del deducible, se aplica un período de espera de seis meses.
Puentes fijos	Uno por pieza dental cada 60 meses. Nota: Se cubre o un puente fijo posterior o una dentadura postiza removible en el mismo arco en un período de 60 meses; si una prótesis en el mismo arco recibió cobertura como puente fijo, ya no se aplicará el beneficio para puente fijo.	Coseguro del 50 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Dentaduras postizas parciales temporarias	Para reemplazar cualquiera de las seis piezas frontales superiores o inferiores, pero solo si la dentadura parcial temporaria se	Coseguro del 50 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.

Beneficio	Límite	El miembro paga
	coloca inmediatamente después de la pérdida de la pieza dental durante el período de cicatrización.	
Colocación quirúrgica de implantes Implantes (solo si reemplazan un puente de 3 piezas)	Un implante endosteal: Solo cuando reemplaza una pieza dental faltante y cuando las piezas dentales adyacentes están sanas y no requieren coronas. Una vez cada 60 meses por implante (Se recomienda solicitar presupuestos).	Coseguro del 50 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Restauración mayor (las piezas dentales deben tener un buen pronóstico)		
Colocación inicial de coronas e incrustaciones compuestas	Cuando las piezas dentales no pueden repararse con empastes comunes debido a una fractura o deterioro, una cada 60 meses por pieza dental (ya sea en un diente natural o implante).	Coseguro del 50 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.
Perno y muñón o reconstrucción con corona	Cuando es necesario para conservar una corona de una pieza dental con rotura excesiva por caries o fracturas. Una por pieza dental en un período de 60 meses.	Coseguro del 50 % después del deducible; se aplica un período de espera de seis meses.

El plan paga hasta el máximo del año calendario de $1,000

Todos los servicios cubiertos están sujetos al máximo del año calendario.

Los servicios prestados por un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las reglas y la participación en los costos del plan.

***Servicios suministrados junto con el tratamiento primario.**

¿Qué es un período de espera?
Es el período entre la fecha de entrada en vigencia de su cobertura y la fecha en la que usted califica para recibir determinados servicios descriptos en el Cuadro de beneficios odontológicos. Si tenía cobertura con Delta Dental de Massachusetts 60 días antes de la fecha de vigencia de su cobertura, se eximirá el período de espera.

¿Cuándo puede inscribirse en los beneficios complementarios opcionales?
Puede elegir los beneficios complementarios opcionales al mismo tiempo en que se inscribe en Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx. Si decide no elegir el beneficio complementario opcional al momento de inscribirse, tiene hasta fin del mes de la fecha de entrada en vigencia de

su plan *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* para agregar el beneficio complementario opcional a su cobertura. Según cuándo elige el beneficio complementario opcional, su fecha de entrada en vigencia puede ser la misma que la de su cobertura médica o el primer día del mes siguiente de la fecha de entrada en vigencia de su plan *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*.

También puede inscribirse en el beneficio complementario opcional durante el período de elección anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el momento de la inscripción inicial para los beneficiarios de Medicare elegibles nuevos o durante un período de elección especial válido. Una vez que está inscripto en el beneficio complementario opcional, permanece inscripto de manera continua en ese plan.

Los miembros actuales pueden comprar los beneficios complementarios opcionales durante los siguientes períodos de elección:

- Del 15 de octubre al 31 de diciembre para que entren en vigencia el 1 de enero;

o

- Del 1 de enero al 31 de enero para que entren en vigencia el 1 de febrero.

Los miembros nuevos pueden comprar beneficios complementarios opcionales hasta el final del primer mes de su inscripción inicial. Los beneficios entran en vigencia el primer día del mes siguiente.

¿Cómo puede inscribirse en los beneficios complementarios opcionales?

Si usted es nuevo en *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* o se está inscribiendo en un plan HMO diferente ofrecido por Tufts Health Plan Medicare Preferred, debería completar la solicitud de inscripción cuando se inscribe en la cobertura médica y elige la opción de odontología pagando $54 adicionales por mes.

Si usted ya es miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, debería completar un formulario de beneficios complementarios opcionales para inscribirse en el beneficio complementario opcional por un costo adicional de $54 por mes. Se puede inscribir por correo, llamando a Servicios al cliente al 1-800-701-9000 (Usuarios de TTY: 711) o en nuestro sitio web: thpmp.org

Puede pagar su prima con cheque, por transferencia electrónica de fondos (EFT), por Internet abriendo una cuenta personal segura en nuestro sitio web o mediante una deducción de su cheque del Seguro Social. Debe pagar su prima de odontología con el mismo medio de pago que paga su prima médica.

Cómo darse de baja de los beneficios complementarios opcionales

Puede darse de baja voluntariamente del beneficio complementario opcional en cualquier momento del año con aviso previo de 30 días, ya sea comunicándose con nuestro departamento de Servicios al cliente, usando el formulario de baja de nuestro sitio web, o por correo o fax

enviando una carta firmada donde solicita la baja. Su carta debe indicar claramente su deseo de darse de baja del beneficio complementario opcional e incluir su nombre en letra de imprenta y el número de identificación de miembro. Su baja se contará a partir del primer día del mes siguiente de recibida su solicitud de baja completada y firmada.

Si se da de baja de los beneficios complementarios opcionales, no puede volver a inscribirse en ellos hasta el siguiente período de elección de beneficios complementarios opcionales.

Los períodos de elección de los beneficios complementarios opcionales se muestran anteriormente en esta sección, con el título "Cómo inscribirse en los beneficios complementarios opcionales".

Si se da de baja del plan *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, automáticamente se le dará de baja de los beneficios complementarios opcionales.

No se cobrará la prima adicional una vez que se dé de baja del beneficio complementario opcional. Si pagó meses adelantados, recibirá un reembolso.

En caso de que no pague la prima mensual de los beneficios complementarios opcionales, perderá los beneficios complementarios opcionales, pero seguirá inscripto en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx. Se le notificará por escrito si se elimina el beneficio complementario opcional de su cobertura de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*.

En caso de que no pague su prima completa del plan *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, corre el riesgo de ser dado de baja. Consulte la Sección 5 del Capítulo 8 de esta Evidencia de cobertura para obtener más información sobre la falta de pago de las primas del plan. Si es dado de baja del beneficio complementario opcional, no puede volver a inscribirse en él hasta el siguiente período de inscripción anual o, si califica, para un período de elección especial, y deberá pagar el saldo pendiente, si lo hubiera.

La cobertura de la Cláusula complementaria opcional se ofrece únicamente a miembros que la han contratado con su plan. Si aún no ha contratado esta Cláusula complementaria opcional y le gustaría tenerla, debe llamar al número de Servicios al cliente que figura en la contratapa de este manual.

Presupuestos previos al tratamiento

Si el cargo por el tratamiento dental excediera los trescientos dólares ($300), se recomienda que el odontólogo presente una copia del plan de tratamiento a Delta Dental ANTES de comenzar el tratamiento. Un plan de tratamiento es una descripción detallada de los procedimientos que el odontólogo planea realizar e incluye un presupuesto de los cargos por cada servicio. El presupuesto previo será revisado y se emitirá una declaración sobre el presupuesto previo para usted o el proveedor que detallará los beneficios que cubrirá su plan, junto con una estimación de lo que usted deberá pagar y los posibles pagos al consultorio dental. El presupuesto previo se

basa en la elegibilidad y los beneficios disponibles en el momento en que se procesa. No es necesario tener un presupuesto previo para recibir atención.

Un presupuesto previo no es una garantía de pago. La reclamación por servicios prestados se basará en la elegibilidad y los beneficios disponibles en el momento de su presentación para el pago y en otros procedimientos realizados especialmente en igual área/cuadrante/pieza dental que podrían afectar la resolución o el pago real de la reclamación.

Limitaciones y exclusiones:

El pago estará sujeto a las limitaciones y exclusiones de los beneficios del plan (por ej. deducible individual anual, máximo por año calendario) vigentes en el momento en que se presenta la reclamación.

Si un método de tratamiento es más costoso que el que se proporciona habitualmente, los beneficios se pagarán de acuerdo con el método de tratamiento menos costoso.

La cobertura se limita a los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios de la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred. Si un servicio no está incluido, no está cubierto.

Los servicios que no están cubiertos incluyen, entre otros:

- Los gastos odontológicos relacionados con cualquier procedimiento odontológico iniciado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. No está cubierto el reemplazo de piezas dentales faltantes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
- Un servicio o procedimiento que generalmente no es aceptado, según lo establecido por Delta Dental. (Ejemplo: Procedimiento de nueva inserción asistida por láser, LANAP, por sus siglas en inglés).
- Cualquier procedimiento realizado para salvar una pieza dental cuando Delta Dental ha establecido que hay escasa probabilidad estadística de que la pieza sobreviva durante 60 meses. La escasa probabilidad estadística se define como una probabilidad de menos del 70 % de que la pieza dental sobreviva desde una perspectiva endodóntica, periodontal o de restauración. (Ejemplo: procedimientos regenerativos periodontales quirúrgicos para estabilizar una pieza floja debido a enfermedad periodontal extensa).
- Procedimientos incompletos.
- Cualquier servicio o suministro proporcionado junto con, en preparación para o como resultado de un servicio no cubierto.
- Los costos relacionados con ausencias a citas, tiempo de viaje y gastos relacionados.
- Exámenes de laboratorio y fotografías.
- Cargos por servicios o suministros por los que no se pagaría ningún cargo en ausencia de seguro y que el miembro no está legalmente obligado a pagar.
- Un servicio prestado por una persona que no sea odontólogo o higienista con licencia profesional que esté empleado por un odontólogo con licencia profesional.

- Consultas.
- Un servicio para tratar enfermedades de las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares).
- Un servicio, suministro o procedimiento para aumentar la altura de las piezas dentales (incremento de la dimensión vertical) o restaurar la oclusión.
- Restauraciones por motivos distintos a caries o fractura, tal como erosión, abrasión o atrición.
- Carillas laminadas.
- Servicios cuyo objetivo principal es mejorar su aspecto.
- El reemplazo de piezas dentales más allá del complemento normal de la pieza dental.
- Gingivectomía para facilitar la colocación de una restauración.
- Tomografía computada (TC), imágenes de haz cónico, stents quirúrgicos, guías quirúrgicas para implantes.
- Injertos óseos y regeneración tisular guiada en conjunto con extracciones, apicectomías, amputaciones radiculares, aumento de rebordes alveolares y colocación de implantes dentales.
- Elevación de los senos maxilares.
- Tratamiento de implantes dentales fallidos, incluidos el desbridamiento quirúrgico y los injertos óseos para reparar implantes.
- Procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos relacionados con implantes dentales (incluidos, entre otros, agentes antimicrobianos e injertos de tejidos blandos).
- Irrigación gingival.
- Óxido nitroso.
- Aplicación tópica de agentes antimicrobianos.
- Gastos asociados con visitas a consultorio fuera del horario de atención habitual.
- Placas miorrelajantes oclusales para el tratamiento de trastornos de las articulaciones de la mandíbula o para el bruxismo (rechinar de los dientes).
- Servicios prestados por un proveedor fuera de la red, a menos que se describan de otra manera en este documento.
- Limpieza e inspección de aparatos removibles.
- Procedimientos de blanqueamiento dental.
- Protectores bucales para deportes, protectores bucales y toda reparación o ajuste de cualquier protector.
- Dentaduras postizas completas temporales y coronas o puentes fijos temporales.
- Coronas de acero inoxidable en piezas dentales permanentes.
- Sujeciones de precisión, sujeciones de semiprecisión o cofias dentales.
- Fotografías de diagnóstico, películas cefalométricas, acceso quirúrgico a una pieza dental no erupcionada y colocación de dispositivos para una erupción de una pieza dental impactada (a menos que su cobertura incluya servicios de ortodoncia).
- Recubrimientos pulpares.
- Servicios relacionados con anomalías congénitas.
- Acceso quirúrgico a una pieza dental no erupcionada y colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de la pieza dental impactada.
- Fluoruro de plata.

- Ajustes de dispositivos ortóticos oclusales, retenedores y placas nocturnas.
- Duplicación o reemplazo debido al robo o pérdida de dentaduras postizas, puentes o aparatos periodontales.
- Servicios, suministros o aparatos para estabilizar las piezas dentales cuando sea necesario debido a una enfermedad periodontal, como la ferulización periodontal.
- Restauraciones con material fundido, cofias dentales y sujeciones para instalar sobredentaduras, incluidos los procedimientos endodónticos relacionados, como tratamientos de conducto.
- Desensibilización dental.
- Ajuste oclusal.
- Asesoramiento dietético e instrucciones sobre higiene dental, incluidos métodos de correcto cepillado de dientes, uso de hilo dental, programas de control de placa y pruebas de susceptibilidad de caries.
- Implantes cuando no reemplazan un puente de tres piezas y trasplantes.
- Pilares de implantes cuando el implante quirúrgico no fue cubierto.
- Mantenimiento de implantes.
- Implantes provisorios/de transición, y pilares y coronas de implante transitorios.
- Una enfermedad o lesión que determinamos que ha surgido a raíz de su trabajo y durante el transcurso de él.
- Un honorario aparte por servicios prestados por residentes, miembros u odontólogos que son empleados asalariados de un hospital u otro centro.
- Limpieza e inspección de aparatos removibles.
- Procedimientos de gestión de casos dentales.

La opción odontológica de Tufts Medicare Preferred es administrada por Delta Dental de Massachusetts.

Delta Dental de Massachusetts es un licenciatario independiente de Delta Dental Plans Association. ®Marcas registradas de Delta Dental Plans Association. El plan está administrado por Delta Dental de Massachusetts.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

El siguiente cuadro muestra los servicios y artículos que no están cubiertos en ningún caso o que están cubiertos solo en situaciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No

pagaremos los servicios médicos excluidos descriptos en el cuadro siguiente, salvo en las situaciones específicas mencionadas. La única excepción es que pagaremos si, tras una apelación, se determina que un servicio del cuadro siguiente es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este manual).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro que figura a continuación.

Aun cuando usted reciba los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos tampoco estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ningún caso**	**Cubiertos solo en situaciones específicas**
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicaciones. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare establecen que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Puede ser cubierto por Original Medicare si es parte de 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).
Tratamiento quirúrgico de la obesidad patológica		✓ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando lo cubre Medicare y se considere médicamente necesario.
Enfermeras privadas.	✓	
Servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio de tiempo parcial o intermitente, de más de dos horas por vez, incluidas visitas nocturnas.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado extrasanitario es el cuidado proporcionado en un hogar de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada.	✓	
Servicios domésticos, que incluyen asistencia doméstica básica, como quehaceres domésticos sencillos y preparación sencilla de comidas.	✓	
Honorarios cobrados por atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Procedimientos o servicios de mejoramiento optativos o voluntarios (como pérdida de peso, crecimiento capilar, desempeño sexual, rendimiento deportivo, con fines cosméticos, de rejuvenecimiento y rendimiento mental)		✓ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ Cubierto en casos de lesiones accidentales o para mejorar la malformación de una parte del cuerpo. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		✓ Los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx tienen una bonificación de $150 por año para usar

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
		en atención odontológica de rutina. Los miembros pagan todos los costos que superen los $150. Se brinda cobertura adicional si el miembro decide contratar la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred.
Atención odontológica que no es de rutina		✓ Puede cubrirse la atención odontológica para tratar una enfermedad o lesión como atención de internación o ambulatoria. Beneficio cubierto si el miembro decide contratar la Cláusula de opción odontológica de Tufts Medicare Preferred.
Atención quiropráctica de rutina		✓ • Está cubierta la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. • Está cubierta la evaluación inicial una vez por año calendario.
Podología de rutina		✓ Cierta cobertura limitada si se proporciona según las pautas de Medicare, por ej., si tiene diabetes.
Comidas enviadas a domicilio	✓	
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del dispositivo, o si el calzado es para una persona que sufre de enfermedad del pie diabético.
Aparatos ortopédicos para los pies		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas que sufren de enfermedad del pie diabético.
Exámenes oftalmológicos, lentes, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros accesorios para corregir la visión deficiente.		✓ El examen de la vista y un par de lentes (o lentes de contacto) están cubiertos después de una cirugía de cataratas, pero

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
		no incluyen revestimientos a prueba de rasguños, revestimiento espejado, lentes polarizados, características de lujo y lentes progresivos. El examen oftalmológico de rutina anual está cubierto una vez por año calendario. Un par de lentes estándar (marcos y lentes recetados o una combinación de marcos y lentes) o lentes de contacto cubiertos por año calendario hasta una bonificación anual de $150 de un proveedor participante de EyeMed Vision Care o hasta $90 de un proveedor no participante.
Procedimientos de reversión de la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura		✓ Las visitas a un acupunturista autorizado están cubiertas hasta $250 por año calendario por la Bonificación para servicios de bienestar.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Transporte, excepto en ambulancia según se describe en este capítulo, Sección 2.1. Si decide usar una ambulancia cuando no es un servicio cubierto por Medicare, usted será responsable del costo total. El transporte en camioneta con silla de ruedas (automóvil para sillas) no está cubierto incluso si es ofrecido por una compañía de ambulancias.	✓	
Reserva de camas hospitalarias en caso de atención médica prolongada	✓	

* El cuidado extrasanitario consta de cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo ayuda con actividades cotidianas como bañarse y vestirse.

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 127
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D 127
Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 127

SECCIÓN 2 Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan. 128
Sección 2.1 Para que su medicamento recetado sea cubierto, use una farmacia de la red 128
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 128
Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 130
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 131
Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan? 131

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan. 133
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 133
Sección 3.2 Existen 5 "niveles de participación en los costos" para los medicamentos de la Lista de medicamentos 134
Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos 135

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos 135
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 135
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 136
Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? 137

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desearía? 137
Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desearía. 137
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción? 138

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que usted considera muy alto? 140

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? 141

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 141

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma? 142

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 144

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 144

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan para adquirir un medicamento 145

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 145

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted? 145

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 146

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan? 146

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo? 146

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos a través de un plan grupal jubilatorio o del empleador? 147

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare? 147

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 148

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura 148

Sección 10.2 Programa de Gestión de farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 149

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos, como “Extra Help” y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted se encuentra en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, es posible que **alguna información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un folleto aparte, denominado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar sus medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este folleto, llame a Servicios al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El capítulo siguiente brinda información sobre lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de sus medicamentos de la Parte D, *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan: Mediante su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre medicamentos que se le proporcionan durante las internaciones cubiertas en el hospital o un centro de enfermería especializada. Mediante su cobertura de beneficios de la parte B de Medicare, nuestro plan cubre algunos medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones que le aplican durante una visita al consultorio y medicamentos que le administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos:qué está cubierto y qué debe pagar*) brinda información sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una internación cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden ser cubiertos por Original Medicare si usted está en un programa de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan cubre solo los servicios y medicamentos de las Partes A, B, y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y que por lo tanto no están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(Qué sucede si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare).* Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 *(Cuadro de beneficios médicos: qué está cubierto y qué debe pagar*).

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las normas de beneficios de la Parte D. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte Den situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, un odontólogo u otra persona que recete) que le emita su receta médica.

- El profesional que receta debe aceptar Medicare o presentar documentación ante CMS que demuestre que está autorizado para emitir recetas, o su reclamación de la Parte D será rechazada. Usted debe preguntarles a los profesionales que le recetan la próxima vez que los llame o visite si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que le llevará tiempo a quien le receta presentar los documentos necesarios para que se procesen.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para adquirir sus medicamentos. (Consulte la Sección 2, *Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por cierta bibliografía. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan.

Sección 2.1 Para que su medicamento recetado sea cubierto, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si se adquieren en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubrimos los medicamentos comprados en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores*, visitar nuestro sitio web (thpmp.org) o llamar a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita renovar un medicamento que estaba tomando, puede solicitar una nueva receta escrita por un proveedor o hacer que transfieran el despacho de su medicamento a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba utilizando deja de formar parte de la red del plan, tendrá que buscar otra farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) o utilizar el *Directorio de proveedores*. También puede consultar nuestro sitio web *thpmp.org*.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En ocasiones, los medicamentos recetados deben adquirirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión domiciliaria en los siguientes casos:
    - Si su medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o si se ha concedido una excepción al formulario para su medicamento recetado.
    - Si su medicamento recetado no está cubierto de otro modo por el beneficio médico de nuestro plan.
    - Si nuestro plan ha aprobado su indicación de terapia de infusión domiciliaria.
    - Si su receta fue emitida por una persona autorizada para recetar.

  Su Directorio de proveedores incluye los proveedores de infusión domiciliaria de nuestra red. Para más información, comuníquese con Servicios al cliente.

- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados de largo plazo. Por lo general, un centro de cuidados de largo plazo (por ej., una residencia de adultos mayores) cuenta con su propia farmacia. Si está en un centro de cuidados de largo plazo, debemos asegurarnos de que puede recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de centros de cuidados de largo plazo, que es normalmente la farmacia que utiliza el centro de cuidados a largo plazo. Si tiene algún problema para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidados de largo plazo, comuníquese con Servicios al Cliente.
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de salud para indígenas (IHS)/Programas de salud para indígena urbanos (UIHS)/Programas tribales (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo nativos estadounidenses o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que expenden medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos a ciertas ubicaciones o que requieren

una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación ocurre con muy poca frecuencia).

Para localizar una farmacia de especialidad, busque en su *Directorio de proveedores* o llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

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

Para ciertos medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos mediante pedido por correo son medicamentos que usted toma periódicamente, por una afección médica crónica o de largo plazo. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que usted solicite ***al menos*** **un suministro de 30 días del medicamento y un suministro de *no más* de 90 días**.

Para obtener información sobre cómo adquirir sus medicamentos recetados por correo, llame a Servicios al cliente.

Generalmente, un pedido de una farmacia de pedido por correo le llegará en no más de 14 días. Sin embargo, es posible que algunas veces su pedido por correo se retrase. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios al cliente durante el horario de atención y le permitiremos adquirir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

Recetas nuevas que recibe la farmacia directamente del consultorio de su médico. Cuando la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para saber si desea el suministro del medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará la posibilidad de verificar que la farmacia le entregará el medicamento correcto (como la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, podrá detener o retrasar el pedido antes de que se facture y envíe. Es importante que conteste cada vez que lo contacte la farmacia, para informarle qué hacer con el nuevo medicamento y prevenir toda demora en el envío.

Reposiciones de medicamentos pedidos por correo. Para las reposiciones, comuníquese con su farmacia 22 días de que los medicamentos que tiene en su poder vayan a terminarse, para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda confirmar su pedido con usted antes de enviarlo, asegúrese de que sepan cuál es el medio de contacto más efectivo. Llame a Servicios al cliente de CVS Caremark al número gratis 1-866-788-5144 (TTY 711) para indicar el número de teléfono al que desea ser contactado. El horario de atención son las 24 horas del día, los 7 días de la semana,

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su participación en los costos puede ser más bajo. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro de medicamentos a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma periódicamente para un problema de salud crónico o prolongado). Usted puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede comprarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten adquirir un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores* encontrará las farmacias de la red que pueden dispensar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).
2. Para algunos medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite *al menos* un suministro de 30 días de medicamento y un suministro de *no más de* 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Su medicamento recetado puede estar cubierto en determinadas situaciones.

Generalmente, cubrimos los medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

Emergencias médicas

Cubriremos los medicamentos recetados que se adquieran en una farmacia fuera de la red si se relacionan con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En este caso, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando compre el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reclamación impreso.

Cuando usted viaja o si está lejos del área de servicio del plan

Si toma un medicamento recetado en forma habitual y está por viajar, asegúrese de controlar su suministro de medicamento antes de partir. En la medida de lo posible, lleve consigo la cantidad de medicamento que necesitará. Puede pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de pedido por correo o a través de una farmacia minorista de la red.

Si usted viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan y se enferma, o extravía o se queda sin medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos recetados que compre en una farmacia fuera de la red si sigue todas las reglas de cobertura descriptas en este documento y si no hubiese una farmacia de la red disponible. En este caso, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando compre el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reclamación impreso.

Antes de adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios al cliente para saber si hay una farmacia de la red en el área a la que está viajando. Nuestra red de farmacias tiene alcance nacional. Si no hay farmacias de la red en esa área, Servicios al cliente quizás pueda coordinar que usted obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red.

Otros casos en los que usted puede comprar sus medicamentos recetados con cobertura en una farmacia fuera de la red

Cubriremos sus medicamentos recetados comprados en una farmacia fuera de la red si se cumple al menos uno de los siguientes requisitos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio, porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que provea servicio las 24 horas.
- Si intenta adquirir un medicamento recetado cubierto que habitualmente no está en existencia en una farmacia minorista de la red elegible o farmacia de pedido por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacológicos especiales).

Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reclamación.

En estas situaciones, **primero confirme con Servicios al cliente** si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual). Quizás deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubrimos en una farmacia de la red.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) al momento de adquirir su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan cuenta con una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos "Lista de medicamentos", para abreviar**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 de este capítulo, se explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo, y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que cumple con uno de los siguientes:

- está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se lo ha recetado)
- -- *o* -- está respaldado por cierta bibliografía. (Esta bibliografía se compone de *American Hospital Formulary Service Drug Information*; el Sistema de información DRUGDEX, y USPDI o su sucesor; y, para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network* y *Clinical Pharmacology* o sus sucesores.)

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, actúa tan bien como el medicamento de marca y suele costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Existen 5 "niveles de participación en los costos" para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Todo medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto será el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1 de participación en los costos (Genérico preferido): Incluye medicamentos genéricos de menor costo usados comúnmente. (Este es el nivel más bajo).
- Nivel 2 de participación en los costos (Genérico): Incluye la mayoría de los medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de participación en los costos (Marca preferida): Incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos en comparación con los medicamentos de marca incluidos en el Nivel 4 de participación en los costos.
- Nivel 4 de participación en los costos (Medicamento no preferido): Incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen una ventaja clínica o de costos significativa en comparación con los medicamentos en un nivel más bajo de participación en los costos.
- Nivel 5 de participación en los costos (Nivel de especialidad): Incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que reúnen o exceden el límite de costos definido por CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) de $670 por mes. (Este es el nivel más alto).

Para saber en qué nivel de participación en los costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga usted por los medicamentos de cada nivel de participación en los costos se indica en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos

Tiene 3 formas de averiguarlo:

1. Búsquelo en la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (thpmp.org). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios al cliente para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar un ejemplar de la lista. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para algunos medicamentos recetados, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también sirven para controlar los costos totales de los medicamentos, y hacen que su cobertura de medicamentos sea menos costosa.

En general, nuestras reglas lo orientan para que obtenga un medicamento que sirva para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo sea médicamente tan eficaz como el medicamento de costo superior, las reglas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor el uso de la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare respecto de la cobertura y la participación en los costos de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar el pedido de exención de su restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden corresponder diversas restricciones o participación en los costos de acuerdo con distintos factores, como concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en vez de 100 mg; una vez al día en vez de dos al día; tableta en vez de líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para que nuestros miembros puedan hacer el mejor uso de sus medicamentos. En las siguientes secciones le brindamos más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento "genérico" actúa igual que un medicamento de marca y suele costar menos. **Cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que se utilizan para la misma afección funcionará en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted y su proveedor deben solicitar la aprobación del plan para que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se conoce como "**autorización previa".** A veces, el requisito de autorización previa sirve para aconsejar el uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le recomienda probar primero medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **"terapia escalonada".**

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, el plan restringe la cantidad de medicamento que puede recibir cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descriptas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) o visite nuestro sitio web (thpmp.org).

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si existe una restricción para el medicamento que desea tomar, recomendamos comunicarse con Servicios al cliente para informarse sobre lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar el pedido de exención de su restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desearía?

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desearía.

Esperamos que su cobertura de medicamentos le sirva. Pero es posible que haya un medicamento recetado que usted está tomando actualmente, o uno que su proveedor piensa que debería tomar, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto. O quizás esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento. Según lo explicado en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría pedir que pruebe primero un medicamento diferente para ver si funciona, antes de que el plan cubra el medicamento que usted desea tomar. O puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período específico. En algunos casos, es posible que usted busque la exención de su restricción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de participación en los costos que hace que su parte del costo sea más elevada de lo que usted cree que debería ser. El plan clasifica cada medicamento cubierto en uno de los 5 niveles distintos de

participación en los costos. El monto que usted debe pagar por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de participación en los costos en que se encuentre su medicamento.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desearía. Hay distintas opciones según el tipo de problema:

- Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que lo hace más costoso de lo que usted cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo algunos miembros en determinadas circunstancias pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud de cobertura del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el suyo no está en la Lista de medicamentos o cuando tiene alguna restricción. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y para resolver qué hacer.

Para poder recibir un suministro temporal, debe cumplir con estos dos requisitos:

1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no se incluye en la Lista de medicamentos del plan**.

- --*o*-- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (la Sección 4 de este capítulo brinda información sobre las restricciones).

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo *de 30 días*. Si su receta es por menos días, permitiremos múltiples reposiciones de medicamento para brindarle un suministro de medicamento que cubra hasta un máximo *de 30 días*. El medicamento recetado debe adquirirse en una farmacia de la red.

  (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar su desperdicio).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de** 90 días**, residen en un centro de cuidados de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de *31 días* de un medicamento determinado o menos si su receta es para menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.

- Como miembro actual, si está en un centro de cuidados de largo plazo y sufre un cambio inesperado de medicamentos debido a un cambio en el nivel de atención, puede solicitar que aprobemos una reposición temporal del medicamento no cubierto por única vez para darle tiempo de conversar sobre un plan de transición con su médico. Su médico también puede solicitar una excepción de cobertura para el medicamento no cubierto a partir de una evaluación de necesidad médica siguiendo el proceso de excepción estándar señalado anteriormente. La “primera reposición” temporal, por lo general, será un suministro de 31 días, pero se puede extender para darle tiempo a usted y a su médico de manejar las complejidades de los distintos medicamentos o cuando lo ameriten circunstancias especiales. Puede solicitar una reposición temporal del medicamento recetado llamando al departamento de Servicios al cliente de Tufts Health Plan Medicare Preferred.

  Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solamente a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no puede usarse para comprar medicamentos que no integran la Parte D o medicamentos fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para comprar fuera de la red.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

Mientras recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento

diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones que figuran a continuación brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Comience por conversar con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar en su caso. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitarle al plan que cubra un medicamento aun cuando no está en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 brinda información sobre qué hacer. Allí se explica el procedimiento y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera oportuna y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que usted considera muy alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que usted considera muy alto, empiece por hablar con su proveedor. Quizás haya otro medicamento en un nivel más bajo de participación en los costos que puede funcionar bien en su caso. Puede llamar a Servicios al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar en su caso. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de participación en los costos del medicamento, de modo que usted pueda pagar menos. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 brinda información sobre qué hacer. Allí se explica el procedimiento y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera oportuna y justa.

Los medicamentos del Nivel 5 de participación en los costos no califican para este tipo de excepción. No bajamos el monto de participación en los costos para medicamentos en este nivel.

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

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

La mayoría de las modificaciones en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría modificar la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos se encuentran disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno aprueba un uso nuevo de un medicamento existente. En ocasiones, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no era eficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de participación en los costos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare para modificar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma?

Información sobre modificaciones en la cobertura de medicamentos

Cuando la Lista de medicamentos sufre modificaciones durante el año, publicamos la información sobre los cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera periódica para incluir los últimos cambios. A continuación, señalamos los momentos específicos en que recibirá una notificación directa si se hacen modificaciones a un medicamento que usted toma. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

¿Las modificaciones en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Modificaciones que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, usted se verá afectado por las modificaciones a la cobertura durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel del medicamento o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
    - Podríamos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que tiene igual o menor nivel de participación en los costos, e igual o menor cantidad de restricciones. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podríamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel diferente de participación en los costos o agregar nuevas restricciones.
    - Es posible que no le notifiquemos el cambio con anticipación, incluso si está tomando ese medicamento de marca.
    - Usted o el médico que le receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento de marca. Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).
    - Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos la modificación, le informaremos sobre los cambios específicos. También le explicaremos lo que debe hacer si decide solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que usted no reciba esta notificación antes de que se realice el cambio.

- **Los medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que son retirados del mercado**
    - De vez en cuando, puede retirarse repentinamente un medicamento del Mercado porque se descubre que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
    - El médico que le receta también estará al tanto de este cambio y puede conversar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otras modificaciones en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
    - Entrado el año, podríamos hacer otros cambios que afecten a medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, o bien cambiar el nivel de participación en los costos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos hacer cambios de acuerdo con los recuadros de advertencias de la FDA o nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle al menos con 30 días de anticipación o proporcionarle un suministro de 30 días de su medicamento en una farmacia de la red.
    - Durante ese período de 30 días, debe conversar con su médico sobre el cambio a un medicamento diferente que cubramos.
    - O bien, usted o el médico que le receta puede pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Modificaciones en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que los toman: En el caso de las modificaciones de la Lista de medicamentos que no se describen aquí, si usted está tomando un medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del año próximo si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel más alto de participación en los costos.
- Si introducimos una nueva restricción respecto a su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre cualquiera de estos cambios con un medicamento que usted toma (pero no porque fue retirado del mercado, porque un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año próximo. Hasta esa fecha, es probable que sus pagos no sufran ningún aumento ni que su uso del medicamento sufra una restricción adicional. Este año no le avisaremos directamente sobre las modificaciones que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, usted se verá afectado por los cambios, y es

importante verificar la Lista de medicamentos del nuevo año para consultar cualquier modificación a los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están "excluidos". Esto quiere decir que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos los medicamentos que se incluyen en esta sección. Esta es la única excepción: Si después de una apelación se determina que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido de la Parte D, y deberíamos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 de este manual).

Las siguientes son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir un uso no indicado en la etiqueta. El "uso no indicado en la etiqueta" es todo uso que se dé al medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
    - Por lo general, la cobertura para un "uso no indicado en la etiqueta" se permite solo cuando el uso está respaldado por cierta bibliografía. Esta bibliografía se compone de *American Hospital Formulary Service Drug Information*, el sistema de información DRUGDEX; para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network* y *Clinical Pharmacology*, o sus sucesores). Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros, nuestro plan no puede cubrir su "uso no indicado en la etiqueta".

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)

- Medicamentos usados para incentivar la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de la tos o los síntomas de resfriado
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para incentivar el crecimiento capilar
- Productos minerales y vitaminas recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de control se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si recibe "Extra Help" para pagar sus medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para averiguar la cobertura de medicamentos a la que podría acceder usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan para adquirir un medicamento

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para adquirir su medicamento recetado, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red elegida. Cuando muestra su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando reciba el medicamento recetado.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo reciba.** (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Importante: Cuando ingresa, vive o deja un centro de enfermería especializada, usted tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o de cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su membresía en el plan*, explica cuándo puede dejar el plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo?

Generalmente, un centro de cuidados de largo plazo (por ej., una residencia de adultos mayores) cuenta con su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* para verificar si la farmacia de su centro de cuidados de largo plazo forma parte de nuestra red. Si no la encuentra, o si necesita más información, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo y se inscribe en nuestro plan como miembro nuevo?

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros *90 días* de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos si su receta es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar su desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de *90 días* y necesita un medicamento que no se encuentra

en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días.

Mientras recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 brinda información sobre qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos a través de un plan grupal jubilatorio o del empleador?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo jubilatorio (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. El administrador puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si usted está actualmente empleado, la cobertura de medicamentos recetados que reciba de nosotros será *secundaria* respecto de la cobertura del grupo jubilatorio o del empleador. Eso significa que su cobertura grupal debería pagar primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo jubilatorio debe enviarle una notificación para informarle si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para su cobertura de medicamentos.

La cobertura del plan grupal es **“acreditable”** cuando el plan cuenta con cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde estas notificaciones sobre la cobertura acreditable, porque puede necesitarlas más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura *acreditable*. Si no recibió una notificación sobre cobertura acreditable de su plan grupal jubilatorio o del empleador, puede solicitar una copia al administrador de beneficios de su plan del empleador o jubilatorio, o bien, al empleador o sindicato.

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

Los medicamentos no tienen nunca cobertura simultánea del programa de cuidados paliativos y de nuestro plan. Si usted está inscripto en un programa de cuidados paliativos de Medicare y

necesita medicamentos antinauseosos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no están cubiertos por cuidados paliativos porque no se relacionan con su enfermedad terminal y afecciones asociadas, nuestro plan debe ser notificado de esta situación, ya sea por el profesional que receta o el proveedor de cuidados paliativos, para que nuestro plan cubra el medicamento. Para prevenir demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, usted puede pedirle al profesional que receta o el proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de enviarnos la notificación de que se trata de un medicamento no relacionado antes de solicitar el medicamento en una farmacia.

En caso de que usted revoque su selección de cuidados paliativos o si es dado de alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe presentar documentación a la farmacia que confirme su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección donde se describen las reglas para obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 6 *(Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

Realizamos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciben una atención médica segura y adecuada. Estas revisiones tienen especial importancia para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted adquiere un medicamento recetado. Además, revisamos nuestros registros de manera periódica. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que quizás no son necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si los toma al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

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

Sección 10.2 Programa de Gestión de farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa para ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas, toman distintos medicamentos al mismo tiempo y tienen costos muy altos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboraron este programa. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. El nombre de nuestro programa es Gestión de farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés). Es posible que algunos miembros que toman medicamentos para distintas afecciones médicas reciban servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud revisarán minuciosamente todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la forma óptima de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier duda o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados o medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda qué puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con un espacio para tomar notas o apuntar preguntas de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Es una buena idea tener su revisión de medicación antes de su visita de “bienestar” anual, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a la consulta o en cualquier momento que vaya a hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de salud. Lleve también su lista de medicamentos (por ej., con su identificación) si va al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que concuerda con sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, infórmenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 153

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 153

Sección 1.2 Tipos de gastos del propio bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos 154

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en que se encuentra cuando adquiere el medicamento 154

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*? 154

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra 156

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") 156

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos 156

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 157

Sección 4.1 Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $400 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 157

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 158

Sección 5.1 Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo compra 158

Sección 5.2 El cuadro muestra sus costos para el suministro de un medicamento para *un mes* 159

Sección 5.3 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes 162

Sección 5.4 El cuadro muestra sus costos para un suministro de un medicamento *a largo plazo para 90* días 162

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos en el año lleguen a $3,820 164

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 37 % de los costos de los medicamentos genéricos. 165

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que los gastos del propio bolsillo lleguen a $5,100 165

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos del propio bolsillo para los medicamentos recetados 166

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 168

Sección 7.1 Una vez que llega a la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 168

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga 168

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna 168

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicios al cliente antes de recibir una vacuna 170

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos, como “Extra Help” y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted se encuentra en un programa de ayuda para pagar sus medicamentos, es posible que **alguna información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un folleto aparte, denominado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar sus medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este folleto, llame a Servicios al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, cuando usamos el término “medicamento” en este capítulo, nos referimos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca básicamente los medicamentos que están cubiertos, dónde adquirir sus medicamentos recetados y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos son materiales que explican estos aspectos fundamentales:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, la llamamos “Lista de medicamentos”.
  - Esta Lista de medicamentos incluye los medicamentos que usted tiene cubiertos.
  - Además, informa en cuál de los 5 “niveles de participación en los costos” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita un ejemplar de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). También

puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web, en thpmp.org. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este manual.** En el Capítulo 5 se brindan los detalles de su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe respetar cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Además, el Capítulo 5 indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- ***Directorio de proveedores* del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener información). El *Directorio de proveedores* tiene una lista de las farmacias de la red del plan. También le indica qué farmacias de la red pueden proporcionarle el suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, cómo obtener un suministro de tres meses de un medicamento).

Sección 1.2 Tipos de gastos del propio bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede tener pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que paga por un medicamento se llama "participación en los costos" y hay tres maneras de pago posibles para usted.

- El **"deducible"** es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos para que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- Un **"copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que adquiere un medicamento recetado.
- El **"coseguro"** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que adquiere un medicamento recetado.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en que se encuentra cuando adquiere el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*?

Como se muestra en el siguiente cuadro, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*. Lo que debe pagar por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentra cuando adquiere o renueva un medicamento recetado**.**

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situación catastrófica*
Durante esta etapa, **usted paga el costo completo** de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado $400 por sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 ($400 es el monto de su deducible del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5) (Consulte los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2, **y usted paga la suya.** Después de que usted (u otra persona en su nombre) haya alcanzado el deducible de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga la parte que les corresponde del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, y usted paga la suya. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "**costos totales de medicamentos**" de este año hasta la fecha (sus pagos más otros pagos del plan de la Parte D) alcancen un total de $3,820. (Consulte los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa usted paga 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo de despacho) y 37 % del precio de los medicamentos genéricos. Permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos del propio bolsillo"** de este año hasta la fecha (sus pagos) sumen $5,100. Esta cantidad y las normas para contabilizar los costos como parte de esta cantidad han sido establecidos por Medicare. (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019). (Consulte los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que usted efectuó al adquirir o renovar sus medicamentos en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En especial, existen dos tipos de costos de los que realizamos un seguimiento:

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado usted. Esto se denomina gasto **"del propio bolsillo".**
- Llevamos un registro de los **"costos totales de medicamentos".** Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otras personas pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces, llamado "EOB de la Parte D" cuando haya adquirido uno o más medicamentos recetados mediante el plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de los medicamentos recetados que ha adquirido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan, y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Pagos totales correspondientes al año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "de este año hasta la fecha". Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados por sus medicamentos desde el comienzo del año.

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

Para realizar un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que efectúa por ellos, usamos registros que nos proporcionan las farmacias. A continuación, se muestra cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando adquiere un medicamento.** Para asegurarse de que sepamos qué medicamentos recetados adquiere y lo que paga por ellos, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que adquiere un medicamento recetado.

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que en ocasiones usted pague los medicamentos recetados, pero nosotros no recibamos automáticamente la información necesaria para realizar el seguimiento de sus gastos del propio bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, usted nos puede proporcionar copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si recibe una factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle al plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este manual). Las siguientes son algunas de las situaciones en las que se recomienda que nos proporcione copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en ellos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan conforme a un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - Toda vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información de los pagos que hayan realizado terceros en su nombre.** Los pagos realizados por algunas personas u organizaciones también se contabilizan para sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situación catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para indígenas (IHS) y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se contabilizan para sus gastos del propio bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo, de modo que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe impreso que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en su informe o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Asegúrese de guardar estos informes. Son registros importantes de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $400 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de $400 por los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5. **Debe pagar el**

costo completo de sus medicamentos hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para los demás medicamentos, no necesita pagar deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su **"costo completo"** generalmente es más bajo que el precio completo habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado precios rebajados para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D para que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $400 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, deja la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo compra

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde lo adquiera.

El plan tiene 5 niveles de participación en los costos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto será el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1 de participación en los costos (Genérico preferido): Incluye medicamentos genéricos usados comúnmente de menor costo. (Este es el nivel más bajo).
- Nivel 2 de participación en los costos (Genérico): Incluye la mayoría de los medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de participación en los costos (Marca preferida): Incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos en comparación con los medicamentos de marca incluidos en el Nivel 4 de participación en los costos.
- Nivel 4 de participación en los costos (Medicamento no preferido): Incluye medicamentos genéricos y de marca que no ofrecen una ventaja clínica o de costos significativa en comparación con los medicamentos en un nivel más bajo de participación en los costos.

- Nivel 5 de participación en los costos (Nivel de especialidad): Incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que reúnen o exceden el límite de costos definido por CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) de $670 por mes. (Este es el nivel más alto).

Para saber en qué nivel de participación en los costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que paga por un medicamento depende de dónde lo adquiere:

- Una farmacia minorista que se encuentra en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan
- La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo adquirir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de proveedores* del plan.

Sección 5.2 El cuadro muestra sus costos para el suministro de un medicamento para *un mes*

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

- Un **"copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que adquiere un medicamento recetado.
- El **"coseguro"** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que adquiere un medicamento recetado.

Como se muestra en el siguiente cuadro, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de participación en los costos al que pertenece su medicamento:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará el precio menor por el medicamento. Usted paga *o* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de cuándo cubriremos medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red.

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

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx				
	Participación en los costos estándar (en la red) (un suministro de hasta *30* días)	**Participación en los costos del servicio de pedido por correo** (un suministro de hasta *30* días)	**Participación en los costos de atención de largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta *31* días)	**Participación en los costos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (un suministro de hasta *30* días)
Nivel 1 de participación en los costos (Genéricos preferidos: Incluye medicamentos genéricos de menor costo usados comúnmente).	$4	$4	$4	$4
Nivel 2 de participación en los costos (Genéricos: Incluye la mayoría de los medicamentos genéricos).	$8	$8	$8	$8
Nivel 3 de participación en los costos (Marca preferida: Incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos en comparación con los medicamentos de marca incluidos en el Nivel 4 de participación en los costos).	$45	$45	$45	$45

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx				
	Participación en los costos estándar (en la red) (un suministro de hasta *30* días)	**Participación en los costos del servicio de pedido por correo** (un suministro de hasta *30* días)	**Participación en los costos de atención de largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta *31* días)	**Participación en los costos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (un suministro de hasta *30* días)
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamento no preferido: Incluye medicamentos genéricos y de marca que no ofrecen una ventaja clínica o de costos significativa sobre los medicamentos de un nivel inferior de participación en los costos).	$100	$100	$100	$100
Nivel 5 de participación en los costos (Nivel de especialidad: Incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que reúnen o exceden el límite de costos definido por CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) de $670 por mes).	25 % del costo del medicamento recetado	25 % del costo del medicamento recetado	25 % del costo del medicamento recetado	25 % del costo del medicamento recetado

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

En general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, el médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. En ocasiones, quizás desee pedirle a su médico que le recete un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, no deberá pagar el suministro para el mes completo de ciertos medicamentos.

La cantidad que paga cuando recibe un suministro para menos de un mes completo, dependerá de si usted es responsable de pagar coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted pagará el mismo porcentaje ya sea que su receta sea para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, dado que el costo completo del medicamento será más bajo si recibe un suministro para menos de un mes, la *cantidad* que pague será menor.
- Si usted es responsable del copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días de medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la "tasa diaria de participación en los costos") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
    - Aquí tiene un ejemplo: Digamos que el copago por un suministro de un mes completo de su medicamento (un suministro para 30 días) es $30. Esto significa que el monto que paga por su medicamento por día es $1. Si recibe un suministro de 7 días de su medicamento, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de $7.

La participación en los costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento es eficaz para usted antes de tener que pagar un suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reposición de los distintos medicamentos recetados para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. El monto que paga dependerá de los días de suministro que reciba.

Sección 5.4 El cuadro muestra sus costos para un suministro de un medicamento *a largo plazo para 90* días

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando adquiere su medicamento recetado. Un suministro a largo

plazo es un suministro de *90* días. (Para conocer los detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

El siguiente cuadro muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro de un medicamento para *90* días.

- Importante: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará el precio menor por el medicamento. Usted paga *o* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

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

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx		
	Participación en los costos estándar (en la red) (suministro de hasta *90* días)	**Participación en los costos del servicio de pedido por correo** (suministro de hasta *90* días)
Nivel 1 de participación en los costos (Genéricos preferidos: Incluye medicamentos genéricos de menor costo usados comúnmente).	$12	$8
Nivel 2 de participación en los costos (Genéricos: Incluye la mayoría de los medicamentos genéricos).	$24	$16
Nivel 3 de participación en los costos (Marca preferida: Incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos en comparación con los medicamentos de marca incluidos en el Nivel 4 de participación en los costos).	$135	$90

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx		
	Participación en los costos estándar (en la red) (suministro de hasta *90* días)	**Participación en los costos del servicio de pedido por correo** (suministro de hasta *90* días)
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamento no preferido: Incluye medicamentos genéricos y de marca que no ofrecen una ventaja clínica o de costos significativa sobre los medicamentos en un nivel inferior de participación en los costos).	$300	$300
Nivel 5 de participación en los costos (Nivel de especialidad: Incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que reúnen o exceden el límite de costos definido por CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) de $670 por mes).	No está disponible el suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible el suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos en el año lleguen a $3,820

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha adquirido y renovado alcance **el límite de $*3,820* para la Etapa de cobertura inicial.**

Su costo total de medicamentos se compone de la suma de lo que ha pagado usted y lo que ha pagado un plan de la Parte D:

- **Lo que <u>usted</u> ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que adquirió desde su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos del propio bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
    - Los $400 que pagó durante la Etapa de deducible.

- El total que pagó por su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.

- **Lo que ha pagado el plan** por la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuviese inscripto en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el 2019, el monto que ese plan paga durante la Etapa de cobertura inicial también se contabiliza para sus costos totales de medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos que se efectúen por estos medicamentos no cuentan para su cobertura inicial ni para sus gastos totales del propio bolsillo. Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto han gastado en sus medicamentos durante el año usted y el plan, así como terceros. Muchas personas no llegan al límite de $3,820 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de $3,820. Si lo alcanza, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 37 % de los costos de los medicamentos genéricos.

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que los gastos del propio bolsillo lleguen a $5,100

Cuando se encuentra en la Etapa de período sin cobertura, el Programa de descuentos de Medicare para el período sin cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del cargo de despacho para los medicamentos de marca. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y lo hace avanzar en la etapa de período sin cobertura.

Además, usted recibe algún tipo de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted no paga más del 37 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) no se contabiliza para sus gastos del propio bolsillo. Solo cuenta el monto que usted paga y lo hace avanzar con los beneficios durante el período sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más del 37 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos del propio bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2019, ese monto es de $5,100.

Medicare tiene normas sobre lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para sus gastos del propio bolsillo. Cuando usted alcanza el límite de gastos del propio bolsillo de $5,100, deja la Etapa de período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos del propio bolsillo para los medicamentos recetados

Las siguientes son las reglas de Medicare que debemos observar cuando realizamos un seguimiento de sus gastos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos del propio bolsillo

Cuando suma sus gastos del propio bolsillo, ***usted puede incluir*** los pagos indicados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya respetado las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa de período sin cobertura.
- Todo pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos del propio bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que haya efectuado un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de salud para indígenas (IHS). También se incluyen los pagos efectuados por el programa “Extra Help” de Medicare.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuentos de Medicare para el período sin cobertura están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Pero no está incluido el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la Etapa de cobertura en situación catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de $*5,100* en gastos del propio bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos del propio bolsillo

Cuando suma sus gastos del propio bolsillo, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos efectuados por medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos no incluidos en la Parte D, entre ellos los medicamentos recetados de las Partes A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza por los medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por terceros obligados legalmente a pagar los costos de medicamentos recetados (por ej., seguros de accidentes de trabajo).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas antes, paga la totalidad o parte de sus gastos del propio bolsillo de los medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios al cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos del propio bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos del propio bolsillo (la Sección 3 de este capítulo explica qué incluye este informe). Cuando alcance un total de $5,100 en gastos del propio bolsillo en el año, este informe le avisará que usted ha dejado la Etapa de período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 brinda información sobre lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que llega a la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted califica para ingresar en la Etapa de cobertura en situación catastrófica cuando sus gastos del propio bolsillo hayan alcanzado el límite de $*5,100* para el año calendario. Una vez que llega a la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta fines del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será o el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - –*o*– coseguro de 5 % del costo del medicamento
  - –*o*– $3.40 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y $8.50 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas consultando el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicación de la vacuna**. (Algunas veces, esto se denomina "administración" de la vacuna).

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se lo vacuna).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).*
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Encontrará estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **El lugar donde adquiere la vacuna.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

Lo que debe pagar en el momento que compra y se aplica la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando adquiere la vacuna, tendrá que pagar el costo completo de la vacuna y de la administración de la vacuna. Puede solicitarle al plan que le reembolse la parte del costo que nos corresponde.
- Otras veces, cuando compra la vacuna o le administran la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para demostrarle cómo funciona, describimos aquí tres formas habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible y la Etapa de período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la administran en la farmacia de la red. (Usted tendrá esta opción según el lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtiene la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y su administración.
- Luego, puede solicitarle al plan que pague su parte del costo siguiendo los procedimientos descriptos en el Capítulo 7 de este manual *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).*
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago habitual por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia entre el monto cobrado por el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Extra Help", le reembolsaremos esa diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, y la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por el medicamento de la vacuna.
- Cuando su médico le administra la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitarle al plan que pague su parte del costo siguiendo los procedimientos descriptos en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará el monto que cobró el médico por la administración de la vacuna menos la diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Extra Help", le reembolsaremos esa diferencia).

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicios al cliente antes de recibir una vacuna

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le aconsejamos que primero llame a Servicios al cliente cuando esté pensando en vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

- Podemos informarle cómo cubre el plan su vacuna y explicarle su participación en los costos.
- Podemos orientarlo sobre cómo mantener bajos sus propios costos usando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar una farmacia y un proveedor de la red, podemos informarle lo que debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos 173

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios médicos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 173

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido 176

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 176

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos 177

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 177

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o medicamento, usted puede presentar una apelación 177

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 178

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos del propio bolsillo de medicamentos 178

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios médicos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede encontrarse con que ha pagado más de lo esperado según las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (generalmente, a esto se lo llama “reembolso”). Usted tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando ha pagado más de lo que le correspondía por su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

En ocasiones, también es posible que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica recibida. En muchos casos, usted debería enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando recibe atención de emergencia o urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga el monto completo en el momento que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
- En ocasiones, es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted cree que no corresponde. Envíenos esta factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
    - Si se le adeuda algo al proveedor, se lo pagaremos directamente a él.

- Si usted ya ha pagado más de lo que correspondía por su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan y solicitarle que usted pague solo su parte el costo. Pero en ocasiones se equivocan y le solicitan que pague más de la parte que le corresponde.

- Usted solo debe pagar su monto de participación en los costos cuando recibe servicios que están cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado conocidos como “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de participación en los costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. (Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.3).
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red con un monto mayor de lo que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó de más, envíenos la factura junto con los recibos de los pagos que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que le correspondía según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo. Deberá enviarnos los documentos para que podamos procesar el reembolso.

Llame a Servicios al cliente para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para adquirir un medicamento recetado

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para adquirir un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Si desea tener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que usted tenga que pagar el costo total de un medicamento recetado porque se entera de que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o puede tener un requisito o una restricción que usted desconocía o creía que no se aplicaba en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos solicitar más información a su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

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

Para asegurarnos de que recibamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (thpmp.org) o llame a Servicios al cliente y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a la siguiente dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D:
CVS Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

Todas las demás solicitudes de pago:
Tufts Health Plan Medicare Preferred
P.O. Box 9183
Watertown, MA 02471-9183

Comuníquese con Servicios al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Si no sabe qué monto debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

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

Cuando recibimos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos más información de su parte. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención médica o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta para explicar los motivos por los que no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos a apelar esta decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).* El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, puede comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos como “apelación.” Después de leer la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le informa los pasos a seguir en su situación:

- Si desea presentar una apelación para recibir el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación para recibir el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos del propio bolsillo de medicamentos

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular sus gastos de bolsillo correctamente. Esto puede ayudarlo a reunir más rápidamente los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Las siguientes son dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio más bajo que el nuestro

En ocasiones, cuando se encuentra en la Etapa de deducible y la Etapa de período sin cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio más bajo que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O bien, usted podría tener una tarjeta de descuento que es externa a nuestro beneficio y que ofrece un precio menor.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia de manera que podamos contabilizar sus gastos de bolsillo para reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Importante:** Si se encuentra en la Etapa de deducible y la Etapa de período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente, y esto le sirve para pasar más rápidamente a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

2. Cuando adquiere un medicamento mediante un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscriptos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que es externo a los beneficios del plan. Si adquiere algún medicamento mediante un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede tener que pagarle un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia de manera que podamos contabilizar sus gastos de bolsillo para reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Importante:** Como usted adquiere su medicamento mediante el programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente, y esto le sirve para pasar más rápidamente a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Como en los dos casos descriptos anteriormente usted no está solicitando el pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 182

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English) 182

Sección 1.1 Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés) 182

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 183

Sección 1.3 Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos 183

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 184

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 185

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 186

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado 188

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que no recibe un trato imparcial o que no se respetan sus derechos? 189

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 189

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 190

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 190

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English)

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Relations (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Spanish and large print at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Relations (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Civil Rights Coordinator (contact information can be found in Chapter 11, Section 5).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Civil Rights Coordinator (contact information can be found in Chapter 11, Section 5). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Customer Relations for additional information.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés)

Para obtener información de una manera que sea adecuada para usted, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este manual).

Nuestro plan tiene personal y servicio gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos proporcionar material escrito en español y en un tamaño de letra grande sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y apropiado. Para obtener información de una manera que sea adecuada para usted, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se indican en la contratapa de este manual) o comuníquese con nuestro Coordinador de derechos civiles (la información de contacto se indica en el capítulo 11, sección 5).

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, llame para presentar un reclamo con nuestro Coordinador de derechos civiles (la información de contacto se indica en el capítulo 11, sección 5). También puede presentar un reclamo con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o

directamente en la Oficina de derechos civiles. La información de contacto se indica en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o bien puede comunicarse con Servicios al cliente para obtener más información.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, nación de origen, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre temas de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, llámenos a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para la silla de ruedas, Servicios al cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 ofrece más información). Llame a Servicios al cliente para obtener información sobre los médicos que aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un tiempo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted lo necesita. También tiene derecho a adquirir o renovar sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin esperas prolongadas.

Si usted cree que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de tiempos razonables, la Sección 10 del Capítulo 9 de este manual le explica lo que puede hacer (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica o medicamentos, y usted está en desacuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que usted nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se usa su información de salud. Le entregamos un aviso escrito denominado "Aviso de prácticas de privacidad", que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a alguien que no le brinda o paga su atención médica, *estamos obligados a obtener su autorización por escrito antes*. La autorización por escrito la puede dar usted u otra persona a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se realizará conforme a las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de ellos. Tenemos permiso de cobrar un cargo por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que se hagan adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, consultaremos a 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 terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, tiene el derecho de recibir diferentes tipos de información de parte nuestra. (Según lo explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información en un formato que resulte adecuado para usted. Esto incluye recibir información en otros idiomas que no sean el inglés (algunos materiales están disponibles en español o en letra grande).

Si desea acceder a cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluidas las calificaciones otorgadas por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
    - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) o visitar nuestro sitio web en thpmp.org.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos tiene cubiertos, cualquier restricción en su cobertura y las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
    - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* le brindan información sobre los medicamentos que están cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.

- Si tiene dudas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene alguna restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si ha recibido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está conforme o si no está de acuerdo con una decisión acerca de qué atención médica o qué medicamento de la Parte D está cubierto en su caso, tiene derecho a solicitarnos un cambio de decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para obtener información sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este manual. Allí encontrará información sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea solicitarle al plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de salud cuando solicita atención médica. Sus proveedores deben explicarle su estado de salud y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprenderlos.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de los costos o de si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre los riesgos relacionados con su atención médica. Le deben informar por anticipado si la atención médica o el tratamiento propuestos son parte de un estudio de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar tratamientos experimentales.

- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no se retire. Además, usted tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar su medicación, usted acepta la plena responsabilidad por lo que pueda sucederle a su organismo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte en caso de que un proveedor se niegue a brindarle la atención médica que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual brinda información sobre cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a brindar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez pierde la capacidad de tomarlas usted mismo.
- **Brindar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que se maneje su atención médica si pierde la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se conocen como **"voluntades anticipadas"**. Existen diferentes tipos de voluntades anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados **"testamento vital"** y **"poder legal para atención médica"** son ejemplos de voluntades anticipadas. También puede usar un "**Poder de representación para asuntos de salud**". Este poder es un documento legal utilizado para designar a una persona de confianza llamada Representante de atención médica para que tome decisiones sobre su atención médica, en su nombre, si usted no puede hacerlo. Una vez completado, el Poder de representación para asuntos de salud es considerado un documento legal según la legislación de Massachusetts.

Si desea utilizar una declaración de "voluntad anticipada" para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea contar con una declaración de voluntades anticipadas, puede solicitar un formulario a su abogado, asistente social, su médico, su Coordinador de servicios de salud o en alguna tienda de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios de voluntades anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare, como Mass.gov o Honoring Choices Massachusetts.

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es recomendable que un abogado lo ayude a preparar uno.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Usted debe entregar un ejemplar del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. También sería conveniente que entregue ejemplares a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado sus voluntades anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital**.

- Si es ingresado en un hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de voluntades anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si desea completar una declaración de voluntades anticipadas (incluso si desea firmarla cuando se encuentra en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no voluntades anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado voluntades anticipadas y cree que un médico u hospital no respetó lo indicado en ellas, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública: Department of Public Health, Commissioner’s Office, 250 Washington Street, Boston, MA 02110, 1-617-753-8000.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

Si usted tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este manual le indica lo que debe hacer. Allí encontrará detalles de cómo afrontar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría tener que solicitarle al plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja, **debemos tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que han presentado otros miembros contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que no recibe un trato imparcial o que no se respetan sus derechos?

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

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nación de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otro tema?

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de un caso de discriminación, puede recibir ayuda para su problema:

- Puede **llamar a Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights and Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación se encuentra disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf).
    - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de *Evidencia de cobertura* para informarse sobre lo que tiene cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre sus servicios médicos, lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar usted.
    - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si usted tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, debe informarnos al respecto. Comuníquese con Servicios al cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
    - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en conjunto cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina "**coordinación de beneficios**", porque supone coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud o de medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10)**.**
- **Informe a su médico y demás proveedores de atención médica que usted se encuentra inscripto en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando recibe su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted brindándoles información, formulándoles preguntas y continuando con su atención médica.**
    - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, infórmese lo máximo posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

- Si tiene alguna pregunta, no deje de hacerla. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica le explicarán las cosas de una forma que sea comprensible para usted. Si usted hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.

- **Sea atento.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que usted actúe de tal forma que ayude al correcto funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para continuar siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Esta será un copago (un monto fijo) O coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si obtiene algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si está obligado a pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a saber si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial para inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con un plan en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, igual necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.

  - Si se muda, también es importante notificar al Seguro Social (o a la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al cliente para solicitar ayuda.** También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios al cliente se encuentran impresos en la contratapa de este manual.
  - Para obtener más información sobre cómo contactarnos, incluido nuestro domicilio postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 197

SECCIÓN 1 Introducción 197
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 197
Sección 1.2 Cómo entender los términos legales 197

SECCIÓN 2 Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen relación con nosotros 198
Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 198

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para manejar su problema? 199
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 199

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 200

SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 200
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión general 200
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 201
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda la información pertinente para su situación? 202

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 202
Sección 5.1 Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica 203
Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) 204
Sección 5.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 208
Sección 5.4 Instrucciones detalladas: Cómo se realiza una apelación de nivel 2 211

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos? 213

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 214

Sección 6.1 Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D 215

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 217

Sección 6.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones.....219

Sección 6.4 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....220

Sección 6.5 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....223

Sección 6.6 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 2.....226

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le está dando el alta muy pronto 229

Sección 7.1 Durante su internación, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare para informarle sobre sus derechos.....229

Sección 7.2 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital.....230

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital.....233

Sección 7.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?.....235

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto..... 238

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF). 238

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura 238

Sección 8.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo.....239

Sección 8.4 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo.....242

Sección 8.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?.....243

SECCIÓN 9 Cómo presentar su apelación de Nivel 3 y niveles superiores 246

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de atención médica 246

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.....248

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 249

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, Servicios al cliente u otras inquietudes 249

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas? 249

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un agravio".....251

Sección 10.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una queja 252

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad.....253

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja.....254

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Para asegurar el manejo justo y oportuno de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.2 Cómo entender los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de estas reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales usando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un agravio”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de casos de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También evita el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede resultar conveniente, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión al manejar su problema y obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a que conozca los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando damos la información para tratar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen relación con nosotros

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para manejar un problema. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o si tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en determinadas situaciones, es posible que usted también desee pedir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP).** Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nuestro plan 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 los problemas que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

También puede solicitar ayuda e información a Medicare

Para obtener más información y ayuda sobre cómo manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de solicitar información directamente a Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare: (https://www.medicare.gov).

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ.**

Su problema o inquietud, ¿está relacionado con beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas como saber si determinados medicamentos recetados o atención médica están cubiertos o no, el tipo de cobertura que tienen y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, "Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, Servicios al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión general

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluso problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para problemas tales como si un medicamento está cubierto o no y el tipo de cobertura que tiene.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para su caso siempre que le brinda atención médica o cuando su médico de la red lo deriva a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar atención médica que usted considera que necesita. Es decir, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso.

Tomamos una decisión de cobertura en su caso cada vez que decidimos lo que usted tiene cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o un medicamento no están cubiertos, o que Medicare ya no se los cubre. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con todas las reglas correctamente. Su apelación está a cargo de revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando terminamos la revisión, le damos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que tratamos más adelante, puede solicitar una decisión acelerada o una "decisión rápida de cobertura” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos su apelación de nivel 1 en forma total o parcial, usted puede solicitar una apelación de nivel 2. Una organización independiente que no está relacionada con nosotros se encarga de la apelación de nivel 2. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de nivel 2. Si esto sucede, se lo informaremos. En otras situaciones, deberá solicitarnos una apelación de nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de apelación de nivel 2, posiblemente pueda seguir apelando en los niveles siguientes.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Le interesa recibir ayuda? A continuación, le presentamos los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Para obtener **ayuda gratuita de una organización independiente** que no está relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
    - Por atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el nivel 1, pasará automáticamente al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, su médico debe ser nombrado su representante.
    - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que recete puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 o nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del nivel 2, su médico u otro profesional que le recete debe ser nombrado su representante.
- **Usted puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante conforme a las leyes estatales.
    - Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) y solicite el formulario para “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web: thpmp.org.). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por

usted y por la otra persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de consultas. También existen grupos que brindan servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda la información pertinente para su situación?

En las decisiones de cobertura y apelaciones, existen cuatro tipos diferentes de situaciones. Debido a que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, brindamos la información para cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le está dando el alta muy pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la continuación de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto. (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica domiciliaria, atención en centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). También puede solicitar ayuda o información a organizaciones gubernamentales, como SHIP (Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud) (en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual encontrará los números de teléfono de este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)* Para simplificar, usamos las expresiones “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” cada vez.

Esta sección brinda información sobre lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea, y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle, y usted cree que esta atención médica está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención médica.
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que estaba autorizada anteriormente, se verá reducida o interrumpida, y usted considera que si se reduce o interrumpe, su salud podría perjudicarse.

   NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF),** debe leer otra sección de este capítulo, porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Estas son las secciones que debe consultar en esas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le está dando el alta muy pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).

   Para *todas las demás* situaciones en las que se le ha informado que la atención médica que estaba recibiendo será interrumpida, use esta sección (Sección 5) como orientación sobre qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o se pague?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos los gastos de atención o servicios médicos que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura trata sobre su atención médica, se denomina **"determinación de la organización".**

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

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se conoce como una **"determinación acelerada".**

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o que proporcionemos cobertura de la atención médica que usted desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

En general, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión

Cuando le informamos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándar", salvo que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo, podría llevarnos hasta 14 días calendario más**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos demorarnos más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
  - **Sin embargo, podría llevarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos demorarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**

- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si solicita cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya ha recibido.)
- Puede recurrir a una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar puede *perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional*.

- **Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si es necesaria una respuesta rápida debido a su salud.
  - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y para ello usaremos los plazos estándar).
  - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
  - La carta también le informará que puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de ofrecerle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Por lo general, en el caso de una decisión rápida de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 brinda información sobre cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas de la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar el plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Por lo general, en el caso de una decisión estándar de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud**.
  - Podemos demorar hasta 14 días calendario más (“un período extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta en 14 días calendario (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar el plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos (y quizás cambiemos) esta decisión. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de la atención médica que usted desea.

- Si decide presentar una apelación, significa que inicia el nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación presentada al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para saber cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud firmada.** También puede solicitar una apelación comunicándose con nosotros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica*).
    - Si una persona que no es su médico presenta una apelación en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) y solicite el formulario para "Designación de Representante". (También está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web: thpmp.org.). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito para explicarle su derecho de pedir a la

Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 *(Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple con el plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle un poco más de tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de buenas causas para no cumplir con los plazos pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o que nosotros le hayamos proporcionado información incompleta o incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información referente a su decisión médica y agregar más información como respaldo de su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (usted puede solicitarlo con un llamado telefónico).

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención médica que usted aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son iguales a los de una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones están detalladas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", le otorgaremos una apelación rápida.

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

- Cuando nuestro plan se encarga de revisar su apelación, volvemos a estudiar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
  - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos demorarnos más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión más rápidamente si así lo requiere su estado de salud.
  - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos demorarnos más días para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para

obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta antes de transcurrido el plazo anterior (o al final del período extendido si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 30 días calendario de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación en forma total o parcial, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente**". Esto significa que su apelación pasa al próximo nivel del proceso de apelaciones: el nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: Cómo se realiza una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos en su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". En ocasiones se la denomina "**IRE**" (por sus siglas en inglés).

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para

desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos a esta organización la información de su apelación. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente más información para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si recurrió a una "apelación rápida" en el nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si recurrió a una apelación rápida con nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

Si recurrió a una "apelación estándar" en el nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si recurrió a una apelación estándar con nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

- **Si la organización de revisión aprueba en forma total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas, o debemos proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión para las solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de parte de la organización de revisión para las solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza en forma total o parcial su apelación**, esto significa que la organización coincide con nosotros en que no debería aprobarse su solicitud (o

parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se conoce como "confirmar la decisión". También se conoce como "denegar su apelación").

- Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión" usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar una Apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo específico. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que le envía la Organización de Revisión Independiente le informará el valor monetario que debe tener la reclamación para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su apelación de nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información de cómo proseguir se encuentra en el aviso escrito que recibió después de su apelación de nivel 2.
- Un juez de un tribunal administrativo o un árbitro se ocupa de la apelación de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos?

Si desea solicitarnos que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que quizás deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También explica cómo enviarnos los documentos para solicitarnos que realicemos el pago.

Al solicitar un reembolso, le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos para solicitar un reembolso, usted nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de*

beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) También verificaremos si usted cumplió con todas las reglas para el uso de la cobertura de atención médica (estas reglas se detallan en el Capítulo 3 de este manual: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos).*

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Al enviar el pago, estamos aprobando su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos los servicios y explicarle los motivos correspondientes. (Al rechazar su solicitud de pago, estamos denegando su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita el pago y nosotros lo rechazamos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de negarnos a pagar, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. En esta sección puede consultar las instrucciones detalladas. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita un reembolso por atención médica que usted ya ha recibido y pagado, usted no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o a su proveedor dentro de los 30 días calendario. Si recibe una respuesta afirmativa a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre los "aspectos básicos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldado por cierta bibliografía. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, usamos el término "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para saber a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* reglas y restricciones en la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 *(Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 *(Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).*

Decisiones de cobertura y apelaciones de medicamentos de la Parte D

Según lo descripto en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina **"determinación de cobertura".**

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, entre las que se incluyen:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
  - Pedirnos que levantemos una restricción en la cobertura de un medicamento (como por ejemplo, los límites en la cantidad de medicamento que recibe)

  - Pedirnos que bajemos su monto de participación en los costos de un medicamento cubierto en un nivel más alto de participación en los costos.

- Usted nos pregunta si tiene cobertura para un medicamento y si cumple con las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero usted debe solicitar autorización previa para que lo cubramos).

  - *Importante:* Si su farmacia le informa que su medicamento recetado no se puede dispensar tal como está prescripto, usted recibirá un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura acerca del pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el siguiente cuadro para determinar qué partes describen su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o desea que no apliquemos una regla o restricción en un medicamento que cubrimos?	**¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?**	**¿Quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya recibió y pagó?**	**¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o se pague?**
Usted puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience por la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede solicitarnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desearía, puede solicitar que el plan haga una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma manera que sucede con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, usted podrá apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar los motivos médicos por los que deberíamos aprobar la excepción. En ese caso, evaluaremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que puede pedirnos usted, su médico u otro profesional que recete:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos").

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **"excepción al formulario".**

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de participación en los costos que se aplica al Nivel 4. No puede solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto.** Existen otras reglas o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **"excepción al formulario".**

   - Entre las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos están las siguientes:
     - *Tener que usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.

- *Obtener aprobación del plan por adelantado* para que aceptemos cubrir el medicamento en su caso. (A veces, esto se denomina “autorización previa”).
- *Tener que probar primero otro medicamento* para que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (A veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
- *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede recibir.

- Si aceptamos hacer una excepción y eliminamos una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de participación en los costos.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos están en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de participación en los costos, menos será lo que usted pague por su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción de nivel”.**

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel más bajo de participación en los costos que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de participación en los costos que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría su participación en los costos del medicamento.
  - Si el medicamento que usted toma es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de participación en los costos que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos de marca alternativos para tratar su afección.
  - Si el medicamento que usted toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de participación en los costos que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos de marca alternativos para tratar su afección.
  - Si el medicamento que usted toma es un genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de participación en los costos que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su afección.

- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de participación en los costos para ningún medicamento de Nivel 5.

- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel, y hay más de un nivel de participación en los costos más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, usted generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que recete debe presentarnos un informe que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su doctor u otro profesional que recete cuando solicite una excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resultara igual de eficaz que el medicamento que está solicitando y no provocara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si usted nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos la solicitud de excepción, salvo que ninguno de los medicamentos alternativos del nivel más bajo de participación en los costos le den resultado.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, normalmente la aprobación será válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico continúe recetándole el medicamento, y este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 6.5 se indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos una "decisión rápida de cobertura". No puede solicitar una decisión rápida si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D.* O si nos solicita un reembolso por un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde debe enviarnos una solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo puede otorgar su autorización por escrito para que una persona actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario que solicite un reembolso. También informa cómo enviarnos los documentos para solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya ha pagado.
- **Si solicita una excepción, presente el "informe médico de respaldo".** Su médico u otro profesional que recete deben explicar los motivos médicos para solicitar la excepción al medicamento. (Esto se conoce como el "informe médico de respaldo"). Su médico u otro profesional que recete pueden enviarnos el informe por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que recete pueden informarnos por teléfono, y luego enviar por fax o por correo el informe por escrito si fuera necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar toda solicitud escrita**, incluso una enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS o nuestro formulario del plan, que se encuentran disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se conoce como una "**determinación acelerada de cobertura".**

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le informamos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándar", salvo que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir el informe de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir el informe de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si solicita cobertura de *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos pide un reembolso por un medicamento que ya compró).
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar puede *perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra profesional que recete nos informa que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que recete), decidiremos si es necesaria una respuesta rápida debido a su salud.
    - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y para ello usaremos los plazos estándar).
    - Esta carta le informará que si su médico u otro profesional que receta solicita una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
    - La carta también le informará que puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de ofrecerle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. Le informa cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 24 horas**.
    - Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir el informe de su médico para respaldar su solicitud. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o el informe del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le indicaremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas.**
    - Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir el informe de su médico para respaldar su solicitud. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o el informe del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le indicaremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca del pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le indicaremos cómo apelar.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una **“redeterminación”** del plan.

<u>Paso 1:</u> Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **“apelación rápida”**.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que recete) debe comunicarse con nosotros.**
    - Para saber cómo contactarnos por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2,

Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D.*

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.** Usted puede solicitar una apelación comunicándose con nosotros al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D).
- **Debemos aceptar toda solicitud escrita**, incluso una enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple con el plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle un poco más de tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de buenas causas para no cumplir con los plazos pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o que nosotros le hayamos proporcionado información incompleta o incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
    - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
    - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que recete pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”.**

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que recete deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son iguales a los de una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

- Cuando nuestro plan se encarga de revisar su apelación, volvemos a estudiar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que recete para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación en el caso de un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que así lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
    - Si no le damos una respuesta dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindar tan rápido como lo requiera su salud, pero **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud de apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si nos solicita un reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no le damos una respuesta dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será recibida por una organización independiente. Más adelante en esta Sección se menciona la organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó,** debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si acepta esta decisión o si continúa y presenta otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si acepta esta decisión o si continúa y presenta otra apelación. Si decide continuar con una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. En ocasiones se la denomina "**IRE**" (por sus siglas en inglés).

<u>Paso 1:</u> Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante o su doctor u otro profesional que recete) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente más información para respaldar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le prestamos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

Plazos para la "apelación rápida" de nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta proporcionarle una "apelación rápida", esta debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba en forma total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión en **un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión.

Plazos para la "apelación estándar" de nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que todavía no recibió. Si está solicitando que le

devolvamos el costo de un medicamento que usted ya compró, la Organización de Revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.

- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba en forma total o parcial lo que usted solicitó:**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión en **un plazo de 72 horas** después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, quiere decir que coincide con nosotros en que no debería aprobarse su solicitud. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión” usted tiene derecho a una Apelación de nivel 3. Para continuar y presentar otra apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará del valor en dólares que debe estar en controversia para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si se cumple el valor monetario requerido de la cobertura que solicita, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su apelación de nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, la información de cómo proseguir se encuentra en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de un tribunal administrativo o un árbitro se ocupa de la apelación de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le está dando el alta muy pronto

Cuando usted se interna en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluidas las limitaciones a esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*

Durante su internación, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para que esté preparado para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar después del alta.

- El día que usted abandona el hospital se conoce como **"fecha de alta".**
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando el alta muy pronto, puede solicitar una extensión de su internación, y su solicitud será evaluada. Esta sección brinda información sobre cómo solicitarlo.

Sección 7.1 Durante su internación, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare para informarle sobre sus derechos

Durante su internación, usted recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando ingresan en un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero) es quien debe entregárselo dentro de los dos días después de su admisión. Si no recibe el aviso, pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
   - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación, según lo solicitado por su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su internación y saber quién la pagará.
   - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de la atención hospitalaria.

- Su derecho a apelar la decisión de su alta si considera que le están dando de alta del hospital muy pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal formal de solicitar una prórroga en su fecha de alta para que nuestro plan cubra su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Usted debe firmar el aviso para indicar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que otra persona actúe como su representante).
   - El hecho de firmar el aviso *solo* indica que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Al firmar el aviso, usted ***no*** **indica** que está de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso firmado para disponer fácilmente de la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si fuera necesario.
   - Si usted firma el aviso con más de dos días de anticipación a su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que programen su alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al cliente (los números telefónicos se encuentran en la contratapa de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También la puede ver en Internet en: https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital

Si desea que nuestro plan cubra sus servicios de internación durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe saber lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Medicare. Esto incluye controlar las fechas de alta del hospital de las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de dejar el hospital y **no después de su fecha de alta planificada**. (Su "fecha de alta planificada" es la fecha que se ha establecido para que usted abandone el hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad acerca de su apelación, usted puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Usted debe solicitar a la Organización para la mejora de la calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que solicita que la organización use los plazos "rápidos" para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".**

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores", para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también estudiarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Hacia el mediodía del día siguiente en que los revisores notificaron a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con la fecha programada de alta y detalles de los motivos por los cuales el médico, el hospital y nuestro plan creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación por escrito se conoce como **"Aviso detallado de alta"**. Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicios al cliente (los números telefónicos se encuentran en la contratapa de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios con problemas auditivos –TTY– deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un modelo del aviso en Internet, en: https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: La Organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta acerca de su apelación en el plazo de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionando los servicios cubiertos de internación durante todo el tiempo que estos servicios sean necesarios por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si resultaran aplicables). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos de internación. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, eso significa que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios de internación finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la mejora de la calidad responde a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente en que la Organización para la mejora de la calidad responde a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre 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 su internación después de su fecha programada de alta.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y le solicita que realice otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión en **un plazo de 60 días calendario** contados a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad estudiarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de un plazo de 14 días calendario de recibida su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión aprueba la apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir cubriendo su atención de internación el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza la apelación:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificarán. Esto se conoce como “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le explicará cómo continuar con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez de un tribunal administrativo o un árbitro.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al nivel 3.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, usted elige si desea aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de un tribunal administrativo o un árbitro revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Usted puede presentar una apelación a nuestro plan

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a fin de iniciar su primera apelación sobre el alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de abandonar el hospital y no después de su fecha de alta programada). Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para saber cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo con los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada y verificamos si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, estudiamos toda la información sobre su internación. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificamos si la decisión sobre la fecha en la que debía abandonar el hospital era justa y si se cumplieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándar para darle la respuesta de esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicita una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aprobamos su apelación rápida**, esto significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos cubriendo sus servicios de internación mientras sea necesario por razones médicas. Esto también significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, eso significa que consideramos que la fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios de internación finaliza a partir del día en que anunciamos el fin de la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente**". Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. En ocasiones se la denomina "**IRE**" (por sus siglas en inglés).

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su

primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde su fecha de alta planificada. También debemos seguir cubriendo sus servicios de internación mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, podrían ser respecto al monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, esto significa que coincide con nosotros en que su fecha de alta del hospital planificada era médicamente adecuada.
    - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le informará cómo continuar con una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez de un tribunal administrativo o un árbitro.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta la decisión o pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto.

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).

Esta sección describe *únicamente* los siguientes tipos de atención:

- Los servicios de atención médica domiciliaria que recibe.
- La atención de enfermería especializada que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que una instalación sea considerada "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- La atención de rehabilitación ambulatoria que recibe en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Estos casos suelen referirse al tratamiento que usted recibe por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para conocer más sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluso su participación en los costos y las limitaciones que pueden aplicarse a la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos: qué está cubierto y qué debe pagar.*

Cuando decidimos que es momento de suspender la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de atención médica, debemos informárselo con anticipación. Cuando finaliza su cobertura para ese tipo de atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica muy pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección explica cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica, recibirá un aviso.

- El aviso por escrito informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
- El aviso también informa lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizará su atención médica y que continúe cubriéndola por un tiempo más.

Términos legales

Al indicarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa que puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación rápida es un medio legal formal para pedirnos que cambiemos nuestra decisión de cobertura acerca de la fecha de finalización de su atención. (La Sección 8.3 explica cómo puede solicitar una apelación rápida).

Este aviso por escrito se conoce como "**Aviso de suspensión de cobertura de Medicare".** Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicios al cliente (los números telefónicos se encuentran en la contratapa de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en Internet, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.htm

2. **Usted debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede proporcionar una autorización por escrito para que otra persona actúe como su representante).
   - El hecho de firmar el aviso *solo* indica que usted recibió la información sobre cuándo se suspenderá su cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es momento de que se suspenda su atención médica.

Sección 8.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica por más tiempo, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe saber lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con ciertos plazos. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de nivel 1 dentro de los plazos, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros especialistas de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Verifican la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de suspender la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

¿Qué debe solicitar?

- Solicítele a esta organización una apelación rápida (para realizar una revisión independiente) para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día siguiente en que recibe el aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.*
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad acerca de su apelación, usted puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores", para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también estudiará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha brindado.
- Al finalizar el día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y le enviaremos un aviso por escrito para explicar en detalle nuestras razones para poner fin a la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso explicativo se conoce como **"Explicación detallada de suspensión de cobertura".**

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, debemos **seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si resultaran aplicables). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención médica en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, **tendrá que pagar usted el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta corresponde al "nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, *y* usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar otra apelación.
- Si presenta otra apelación, usted pasa al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación del nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención del servicio de enfermería especializada o servicios del centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y le solicita que realice otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión en **un plazo de 60 días** contados a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continuó recibiendo atención médica luego de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad estudiarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos la finalización su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** su atención mientras sea médicamente necesaria.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le explicará cómo continuar con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez de un tribunal administrativo o un árbitro.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea seguir apelando.

- Existen otros tres niveles de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted elige si desea aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de un tribunal administrativo o un árbitro revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Usted puede presentar una apelación a nuestro plan

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Instrucciones detalladas: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o “apelación rápida”) también se conoce como **“apelación acelerada”.**

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para saber cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo con los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

<u>Paso 2:</u> Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, estudiamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la respuesta acerca de esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante más tiempo y seguiremos proporcionando cobertura de sus servicios mientras sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si usted continuó recibiendo servicios médicos domiciliarios, atención del centro de enfermería especializada o servicios del centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que comunicamos la finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente**". Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. En ocasiones se la denomina "**IRE**" (por sus siglas en inglés).

<u>Paso 1:</u> Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su

atención mientras sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, podrían ser respecto al monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que la organización coincide con la decisión tomada por el plan sobre su primera apelación y no la modificará.
    - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le informará cómo continuar con una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Existen otros tres niveles de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted elige si desea aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de un tribunal administrativo o un árbitro revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo presentar su apelación de Nivel 3 y niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de atención médica

Esta sección puede resultarle pertinente si usted ha presentado una apelación de nivel 1 y de nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares alcanza el límite establecido, la respuesta por escrito que recibe por su apelación de nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué hacer para presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones de apelación, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan prácticamente de la misma forma. Estos son los encargados de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3:	**Un juez (llamado “juez de un tribunal administrativo”) o un árbitro que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez del tribunal administrativo o el árbitro aprueba su apelación, el proceso de apelaciones *puede* finalizar o *no***. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión para pasar al nivel 4. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que resulte favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez del tribunal administrativo o el árbitro.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos anexos. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 para autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez del tribunal administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* finalizar o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez del tribunal administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

Apelación de nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* finalizar o *no***. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión para pasar al nivel 5. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que resulte favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* finalizar o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
    - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si

las reglas permiten que usted pase al nivel 5 de apelaciones. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

Apelación de nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede resultarle pertinente si usted ha presentado una apelación de nivel 1 y de nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted apeló cumple con un valor monetario determinado, es posible que pueda recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no puede volver a apelar. La respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones de apelación, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan prácticamente de la misma forma. Estos son los encargados de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: **Un juez (llamado "juez de un tribunal administrativo") o un árbitro que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelaciones.** Lo que ha solicitado en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez del tribunal administrativo o el árbitro **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* finalizar o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez del tribunal administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

Apelación de nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelaciones. Lo que ha solicitado en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* finalizar o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
    - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas permiten que usted pase al nivel 5 de apelación. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

Apelación de nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, Servicios al cliente u otras inquietudes

Si su problema se trata de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no está dirigida a usted*. En su lugar, debe usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja".

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluso la atención médica en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido grosero con usted o le faltó el respeto? • ¿No está conforme con la manera en que lo ha tratado nuestro personal de Servicios al cliente? • ¿Siente que lo están alentando a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar una cita o tiene que esperar mucho para obtenerla? • ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O el personal de Servicios al cliente u otro personal del plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, cuando adquiere un medicamento o en el consultorio médico.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio del médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Cree que no le hemos entregado un aviso que tenemos la obligación de entregar? • ¿Cree que la información impresa que le hemos proporcionado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en lo que refiere a las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de cómo solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si desea solicitar una decisión o presentar una apelación, debe recurrir a ese proceso, no al proceso de quejas. Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le informamos que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se ha revisado una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos medicamentos o servicios médicos, debemos cumplir con los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un agravio"

Términos legales

- Lo que en esta sección se llama **"queja"** también se conoce como **"agravio".**
- Otro término para **"presentar de una queja**" es **"presentar un agravio".**
- Otra forma de decir **"utilizar el proceso de quejas"** es **"utilizar el proceso de agravios"**.

Sección 10.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una queja

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

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios al cliente.** Si debe hacer algo más, Servicios al cliente se lo informará. Llame a Servicios al cliente al 1-800-701-9000 (Línea para usuarios de TTY: 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

- Debe presentar un agravio antes de los 60 días de transcurrido el suceso, ya sea en forma oral o escrita. Puede hacerlo llamando a Servicios al cliente al 1-800-701-9000 (Usuarios de TTY: 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil. También puede presentar un agravio por escrito y enviarlo por correo a: Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Appeals & Grievances Department, 705 Mt. Auburn Street, Watertown, MA 02472. También puede enviarlo por escrito vía fax:1-(617) 972-9516.

  Además, tiene derecho a presentar un agravio acelerado que puede incluir una queja donde exprese que Tufts Health Plan Medicare Preferred se negó a acelerar una determinación o reconsideración de la organización, o invocó una extensión a una determinación de la organización o los plazos de reconsideración. El plazo de Tufts Health Plan Medicare Preferred para responder a un agravio acelerado es dentro de las 24 horas de su queja.

- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicios al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente recibirá una "queja rápida".** En el caso de una "queja rápida", le daremos una respuesta en **un plazo de 24 horas.**

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina **"queja rápida"** también se conoce como **"agravio acelerado"**.

Paso 2: Investigamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos brindarle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápido, así lo haremos.

- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario**. Si necesitamos más información y la demora es para su propio beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) para responder su queja. Si decidimos demorarnos más días, se lo notificaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** con su queja en forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de tal decisión. Debemos responder, estemos o no de acuerdo con la queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió a nuestro plan utilizando el proceso detallado que se explicó anteriormente.

Cuando su queja es acerca de la *calidad de la atención*, tiene también otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros especialistas en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare.

- Para buscar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.

- **También puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica al plan y a la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no se ocupa de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-48-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 257

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo poner fin a su membresía en nuestro plan 257

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? 257

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual 257

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 258

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial 259

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 260

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? 261

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan 261

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 263

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan 263

SECCIÓN 5 *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones 263

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? 263

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con su salud 264

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan 265

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo poner fin a su membresía en nuestro plan

Ponerle fin a su membresía en *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* puede ser un acto **voluntario** (por propia elección) o **involuntario** (no por propia elección):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
    - Usted puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan solo en determinadas épocas del año o en determinadas situaciones. La Sección 2 le indica *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
    - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le explica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Además, existen unas pocas situaciones en las que usted no elige dejar el plan, sino que nosotros estamos obligados a ponerle fin a su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que nosotros debemos poner fin a su membresía.

Si decide dejar el plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan solo en determinadas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la posibilidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En algunas situaciones, usted también puede reunir los requisitos para dejar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también denominado “Período de inscripción abierta anual”). Durante este período, usted debe revisar su cobertura médica y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Del 15 de octubre al 7 de diciembre.

[Importante: si usted se encuentra en un programa de coordinación de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre los programas de coordinación de medicamentos].

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o realizarle cambios para el año siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - –*u*– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
        - **Si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

      Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” hace referencia a la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la posibilidad de realizar *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Todos los años del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** En este período, usted puede:

- Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage y cambiarse a Original Medicare (puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
- Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado para contar con cobertura de medicamentos.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes siguiente después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si además decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente después de que el plan de medicamentos recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; si desea obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid (MassHealth).
  - Si reúne los requisitos para “Extra Help” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
  - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe atención médica en una institución, como una residencia de adultos mayores o un hospital de cuidados de largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el Programa de atención integral para los adultos mayores (PACE).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne los requisitos para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede

optar por cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- –*u*– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - **Si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” hace referencia a la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2019***.
  - Todas las personas con Medicare reciben un ejemplar de *Medicare y usted* en el otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a la fecha de su inscripción.
  - También puede descargar un ejemplar del sitio web de Medicare: https://www.medicare.gov. O bien, puede solicitar un ejemplar impreso llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted solo debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que le den de baja de nuestro plan. Puede solicitar que le den de baja de dos maneras:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- --*o*-- puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” hace referencia a la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El cuadro siguiente explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Será automáticamente dado de baja de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* cuando comience su cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Será automáticamente dado de baja de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* cuando comience su cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. o **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte el Capítulo 1 Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para darle de baja.** Comuníquese con Servicios al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). • Además, puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su membresía. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. • Será dado de baja de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, es posible que transcurra cierto tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para adquirir sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se adquieren en una farmacia de la red, incluso mediante nuestros servicios de pedidos por correo.
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, por lo general, la internación estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta luego del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

***Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx* debe finalizar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes circunstancias:**

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).
- Si es encarcelado (enviado a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.

- Si miente o no revela información sobre otro seguro que tenga con cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para acceder a nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si primero no obtenemos autorización de Medicare).
- Si tiene continuamente una conducta perturbadora y nos dificulta proporcionarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si primero no obtenemos autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si primero no obtenemos autorización de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante *2 meses*.
    - Debemos informarle por escrito que tiene *2 meses* para pagar la prima del plan antes de que pongamos fin a su membresía.
- Si usted debe pagar el monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios al cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con su salud

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted cree que le están pidiendo que deje el plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas al día, 7 días a la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o agravio sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Puede consultar el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 268

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la no discriminación..... 268

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario..... 268

SECCIÓN 4 Aviso sobre el vínculo entre Tufts Health Plan Medicare Preferred y los proveedores..... 268

SECCIÓN 5 Aviso sobre el artículo 1557 de la ley de Protección al paciente..... 269

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura*, y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo requiere la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun cuando las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que rige este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, otras leyes federales pueden ser aplicables y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nación de origen color de piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de presentación de reclamos, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el artículo 1557 de la ley de Protección al paciente y cualquier otra ley que se aplique a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglamentación que se aplique por cualquier otro motivo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare de los que Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce conforme a las reglamentaciones de CMS en los apartados B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre el vínculo entre Tufts Health Plan Medicare Preferred y los proveedores

Tufts Health Plan Medicare Preferred brinda cobertura de servicios de atención médica. Tufts Health Plan Medicare Preferred no proporciona servicios de atención médica. Tufts Health Plan Medicare Preferred tiene acuerdos contractuales con los proveedores que atienden en centros de atención y consultorios privados en toda el área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados o representantes de Tufts Health Plan Medicare Preferred.

Los proveedores no están autorizados a cambiar esta Evidencia de cobertura o contraer o crear ninguna obligación para Tufts Health Plan Medicare Preferred que sea incongruente con esta Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 5 Aviso sobre el artículo 1557 de la ley de Protección al paciente

Tufts Health Plan cumple con las Leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos raciales, de color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Ofrece recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse con nosotros de manera efectiva, como:
  - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas para aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

En caso de requerir estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY 711)

Si usted considera que Tufts Health Plan no ha cumplido con la prestación de estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos raciales, de color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un agravio ante:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Coordinator Legal Dept.
705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472
Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000, (Número para usuarios de TTY: 711. Español: 866-930-9252)
Fax: 617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com.

Puede presentar un agravio en persona o por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un agravio, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan estará a su disposición para ayudarlo.

Asimismo, puede presentar una demanda civil ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de

la oficina de demandas civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, por correo postal o vía telefónica al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios para la presentación de demandas están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Agravio: Un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre pagos o cobertura.

Apelación: Una apelación es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 trata sobre las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si este tiene una restricción de membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente se trata del área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan podría darle de baja si usted se muda fuera del área de servicio de manera permanente.

Asistente de salud a domicilio: Brinda servicios que no necesitan de las destrezas de un terapeuta o enfermera calificada, tal como la ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Atención de emergencia: Incluye los siguientes servicios cubiertos: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia.

Atención de un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios enfermería especializada y de rehabilitación prestados de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un médico o enfermero registrado.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro Formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el Formulario.

Beneficios complementarios opcionales: Beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden adquirir con una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si elige

contratar beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Para obtener los Beneficios complementarios opcionales, debe elegirlos de manera voluntaria.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): Centro que brinda fundamentalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona diversos servicios, como terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con CMS.

Círculo de derivación: Cada PCP del plan cuenta con un número de especialistas del plan, denominado “círculo de derivación”, que utiliza para brindarle atención médica. Esto significa que en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Health Plan Senior Care Options, excepto en situaciones de atención de urgencia o emergencia o para diálisis renal u otros servicios fuera del área.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa cuando son elegibles para acceder a Medicare, siempre que decidan inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: Monto que puede tener que pagar como su parte del costo para un suministro o servicio médico, como una visita al médico, consulta hospitalaria ambulatoria o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por una visita al médico o por un medicamento recetado.

Coseguro: Un monto que puede tener que pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetado. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Cuidado extrasanitario: El cuidado extrasanitario es el cuidado proporcionado en un hogar de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. El cuidado extrasanitario es atención personal que puede ser proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención

relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas oftalmológicas. Medicare no paga el cuidado extrasanitario.

Cuidados paliativos: Un miembro que tiene 6 o menos meses de vida tiene derecho a elegir cuidados paliativos. Nosotros, como plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si selecciona servicios de cuidados paliativos y continua pagando sus primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará tratamiento especial para su condición.

Dar de baja la membresía o desafiliarse: El proceso por el cual se pone fin a su membresía en nuestro plan. Dar de baja la membresía puede ser un acto voluntario (por propia elección) o involuntario (no por propia elección).

Deducible: El monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

Derivación: Aprobación que otorga un PCP a un miembro para recibir atención de otro profesional de la salud, por lo general un especialista, para tratamiento o consulta.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que el medicamento no está cubierto por el plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage realiza una determinación de la organización cuando esta toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o el monto que usted debe pagar por ellos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: Son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía, y terapia de nutrición parenteral y enteral.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o un problema de salud que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) Cierto equipo médico que solicita su médico por motivos médicos. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones antiescaras, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias, solicitados por un proveedor para uso domiciliario

Etapa de cobertura en situación catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado $5,100 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos, incluido lo que usted ha pagado y lo que nuestro plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado $3,820.

Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido en el nivel más bajo de participación en los costos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Extra Help: Un programa Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, deducibles y coseguro.

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto que supera la cantidad de participación en los costos permitida por el plan. Como miembro de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*, usted solo tiene que pagar los montos de participación en los costos del plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo” o le cobren más que el monto de participación en los costos que el plan dice que le corresponde pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se

explicó en la Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted adquiere en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

Gastos del propio bolsillo: Consulte la definición de "participación en los costos". La obligación de participar en los costos que tiene el miembro al pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos "del propio bolsillo" del miembro.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldado por cierta bibliografía. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Ingreso Complementario del Seguro (SSI): Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con bajos recursos e ingresos. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Internación hospitalaria: Una internación cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un "paciente ambulatorio".

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden imponerse a la cantidad de fármaco que cubrimos por medicamento o por un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa estatal y federal conjunto que ayuda a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados con sus gastos médicos. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener más información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con los mismos principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin

embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta que se haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" actúa igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos conforme a la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare mediante Original Medicare o con un plan Medicare Advantage.

Médico de atención primaria (PCP): Es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención médica que necesita para mantenerse sano. Su PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro del Plan"): Una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscripto en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo de bolsillo: El máximo que usted paga de su propio bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que usted paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se contabilizan para el monto máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener más información sobre el monto máximo de bolsillo.

Montos de ajuste mensual relacionados con los ingresos (IRMAA): Si sus ingresos superan cierto límite, usted pagará un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos además de su prima del plan. Por ejemplo: las personas con un ingreso superior a $*85.000* y las parejas casadas con un ingreso superior a $*170,000* deben pagar una prima más alta por su Parte B de Medicare (seguro médico) y por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta

cantidad adicional se llama monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no paga una prima más alta.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más. Usted paga este monto mayor durante el tiempo que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, usted no pagará la multa por inscripción tardía.

Nivel de participación en los costos: Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto es el costo del medicamento para usted.

Observación: Los servicios de observación son servicios ambulatorios que sirven para que el médico decida si el paciente debe ser admitido para su internación o si le puede dar de alta. Los servicios de observación pueden prestarse en el Departamento de Emergencias (ED) o en otra área del hospital.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Grupo de médicos en ejercicio y otros especialistas en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare "Cargo por Servicio"): Original Medicare es un plan ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el plan Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Parte C: Consulte el "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: El programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Participación en los costos: Hace referencia a los montos que debe pagar un miembro cuando se reciben los servicios o los medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). La participación en los costos incluye toda combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1)

cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Puede aplicarse una "tasa diaria de participación en los costos" cuando el médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, y usted debe pagar un copago.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin recibir atención de internación en un hospital o centro de enfermería especializada. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Fecha establecida cada año cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a Original Medicare, o realizar modificaciones a su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo de 2019.

Período de inscripción anual: Un período fijo en otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: Un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o regresar a Original Medicare. Estas son situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial: Si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Extra Help” para pagar sus costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para adultos mayores o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Cuando pasa a ser elegible para Medicare, el período durante el que puede inscribirse en la Parte A y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después de que cumple 65 años.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo de plan especial Medicare Advantage que proporciona atención médica más focalizada para grupos de personas específicos, por ejemplo, personas con Medicare y Medicaid, que residen en una residencia para adultos mayores o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Plan de salud de Medicare: Se ofrece mediante una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage,

Medicare Cost, programas pilotos/de demostración y Programas de atención integral para los adultos mayores (PACE).

Plan Equivalente Institucional de Necesidades Especiales (SNP): Un plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen en la comunidad, pero requieren un nivel institucional de atención médica según la evaluación del Estado. La evaluación debe ser realizada con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del Estado y por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales podría limitar la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) con contrato, si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): Un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen o se prevé que residan durante 90 días consecutivos o más en un centro de cuidados de largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR) o un centro de internación psiquiátrica. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales que presta servicios a personas con Medicare que residen en centros de LTC debe tener un contrato con (o ser propietario y administrar) el centro o los centros específicos de LTC.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces denominado Parte C de Medicare. Se trata de un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), un plan Privado de Cargo por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren mediante el plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrece en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores tanto dentro como fuera de la red. La participación en los costos de los miembros generalmente será más elevada cuando los beneficios del plan son brindados por proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus gastos del propio bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos), y un límite mayor sobre los gastos del propio bolsillo totales combinados por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” que tiene Original Medicare. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: Pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos de Medicare para el Período sin cobertura: Programa que ofrece descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado el Período sin cobertura y que aún no reciben “Extra Help”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por eso, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuentos, aunque no todos.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red”** cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestros pagos en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos, o si los proveedores acuerdan ofrecerle a usted servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Proveedor o centro fuera de la red: Un proveedor o un centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni están operados por nuestro plan, no son de nuestra propiedad, ni tienen un contrato para suministrarle servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros que no forman parte de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

Queja: El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un agravio" El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Agravio” en esta lista de definiciones.

Servicios al cliente: Un departamento dentro de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, agravios y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al cliente.

Servicios cubiertos de Medicare: Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, entre ellos nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia del lenguaje y del habla y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o problema de salud imprevistos pero no de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help”.

Tarifa de despacho: Una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento. La tarifa de despacho cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

Tasa diaria de participación en los costos: Puede aplicarse una "tasa diaria de participación en los costos" cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, y usted deba pagar un copago. La tasa diaria de participación en los costos es el copago dividido por el número de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: Si su copago para un suministro de un mes es $30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su tasa diaria de participación en los costos es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por cada día de suministro cuando adquiere su medicamento.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le pudo haber recetado inicialmente.

Anexo 1. Servicios de interpretación en múltiples idiomas

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Árabe:
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-701-9000 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-208-9562).

Chino: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-701-9000（TTY：1-800-208-9562）。

Farsi: **توجه**: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Francés: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (ATS : 1-800-208-9562).

Alemán: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Griego: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Gujaratí: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Creole haitiano: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Italiano: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Japonés: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-701-9000（TTY: 1-800-208-9562）まで、お電話にてご連絡ください。

Jemer (Camboyano): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562)។

Coreano:
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562)번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Navajo:
Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562.)

Polaco: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Portugués: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-701-9000 (телетайп: 1-800-208-9562).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

Servicios al cliente de *Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx*

Método	Servicios al cliente – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil. Servicios al cliente también tiene servicio de intérpretes gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 15 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
CORREO POSTAL	Tufts Health Plan Medicare Preferred, Attn: Customer Relations P.O. Box 9181, Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	thpmp.org

SHINE (Al servicio de las necesidades de información de salud para todos)
***Massachusetts* SHIP**

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
TTY	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
CORREO POSTAL	Llame al número que aparece más arriba para obtener la dirección del programa SHINE de su área.
SITIO WEB	https:www.mass.gov/health-insurance-counseling

Declaración de divulgación de la Ley de simplificación de trámites administrativos (PRA, por sus siglas en inglés): *De acuerdo con la Ley de simplificación de trámites administrativos de 1995, las personas no están obligadas a responder recopilaciones de información, salvo que esta cuente con un número de control válido de la Oficina de administración y presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, envíelo por escrito a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*