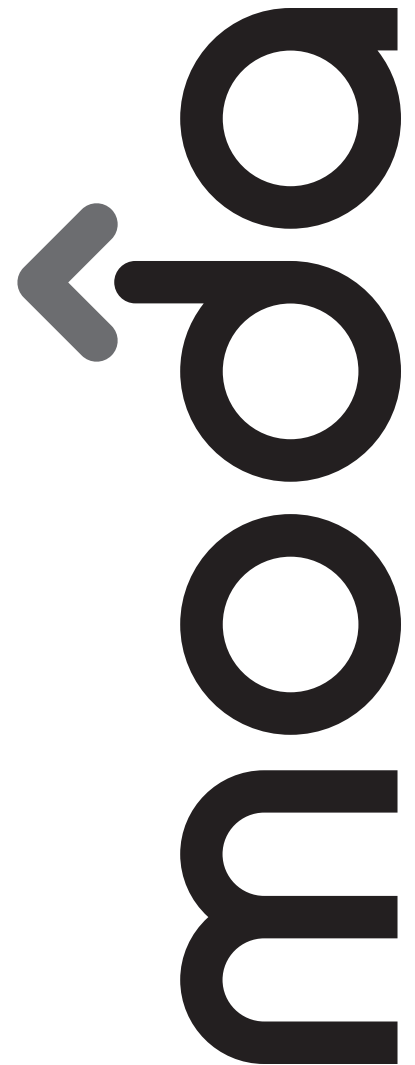


2019 Moda Health HMO Enhanced + RX (HMO)



Evidencia de cobertura

1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Su cobertura de beneficios y servicios de salud, y medicamentos con receta de Medicare como miembro de Moda Health HMO Enhanced + RX (HMO)

Este folleto contiene los datos para su cobertura médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. Explica cómo debe obtener la atención médica y los medicamentos con receta que usted necesite. Este documento tiene importancia legal. Consérvelo en un lugar seguro.

Moda Health HMO Enhanced + RX, es un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization o HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Moda Health HMO Enhanced + RX, depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible en otros idiomas, sin costo. Por favor comuníquese al departamento de servicios a los miembros al 1-877-299-9062. Usuarios de TTY (teléfono de texto), llamen al 711. El departamento de servicios a los miembros está disponible de 7 a.m. a 8p.m., hora oficial del Pacífico, los siete días de la semana. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérpretes de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.

Los beneficios, primas, deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2020. El recetario, red de farmacias, y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Es posible que esta información se pueda obtener en un formato diferente, por ejemplo en letra grande. Favor de llamar al departamento de Atención a los Miembros en el número de la contracubierta de este folleto si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

H8506-003

Y0115_1150H850600319SA_C

El próximo año, puede obtener los documentos del plan en línea



Los documentos en línea le permiten acceso a toda su información de Medicare.

Los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) solicitan que le enviemos cada año los documentos importantes.

La Notificación anual de cambios (ANOC, por sus siglas en inglés) contiene información específica de su plan de salud.

Eso es mucho papel para desordenar su casa. Afortunadamente, este documento también está disponible electrónicamente a través de su cuenta de myModa.

Para recibir un correo electrónico de Moda Health cuando dispongamos de nuevos materiales, simplemente ingrese a su cuenta de myModa visitando www.modahealth.com. El inicio de sesión de myModa se encuentra en el lado derecho de la pantalla. También puede crear una cuenta en esta página. Una vez que haya iniciado sesión, seleccione la pestaña "Account" [Cuenta]. A continuación, haga clic en "Change account settings" [Cambiar la configuración de la cuenta]. Desde aquí, usted puede actualizar su correo electrónico y establecer sus preferencias de envío electrónico.

Una vez que solicite la entrega electrónica, ya no recibirá este documento por correo.

¿Preguntas? Llámenos al 877-299-9062.

www.modahealth.com

¡Disminuya el consumo de papel - ¡inscríbese en eBill [facturación electrónica] hoy mismo!

Ahora usted puede pagar su prima en línea con eBill. Usando eBill, usted puede ver facturas en línea y configurar sus métodos de pago preferidos (tarjeta de débito, cheques o ahorros) y establecer un pago recurrente usando nuestra función de AutoPay [Pago automático]. Para acceder a eBill, inicia sesión en myModa y haz clic en la pestaña eBill.

Moda no discrimina

Moda, Inc. Cumple con las leyes federales de derechos civiles.
No discriminamos por raza, color, nacionalidad, edad,
discapacidad, identidad de género, sexo u orientación sexual.

Proporcionamos servicios gratuitos a personas con incapacidades para que puedan comunicarse con nosotros. Estos incluyen intérpretes de lenguaje de señas y otras formas de comunicación.

Si su primer idioma no es el inglés, le daremos servicios de interpretación y/o materiales gratuitos en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, llame a:

Servicio al cliente de Medicare,
877-299-9062 (TDD/TTY 711)

Si usted cree que no ofrecemos estos servicios o que se ha discriminado, puede presentar una queja por escrito. Por favor, envíela por correo o fax a:

Moda, Inc.
Atención: Unidad de apelación
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

Si necesita ayuda para presentar una queja, por favor llame a Servicio al cliente

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

Departamento de Salud y Servicios
Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Dave Nessler-Cass coordina nuestro trabajo de no discriminación:

Dave Nessler-Cass, Jefe
Oficial de Cumplimiento 601
SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجاناً. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, nou ofri sèvis gratis pou ede w nan lang ou pale a. Rele nan 1-877-605-3229 (moun ki itilize sistèm TTY rele : 711)

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)

ATENÇÃO: Caso fale português, estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística. Telefone para 1-877-605-3229 (TERMINAL: 711)

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiamare il numero 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229（TTY、テレタイプライターをご利用の方は711）までお電話ください。

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistenzen zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

توجه: در صورتی که به فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما موجود است. با تماس بگیريد. (TTY: 711) 1-877-605-3229

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ៖ បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.



Sus recursos de Medicare Advantage para el 2019

Gracias por ser miembro de Moda Health. A continuación, encontrará los recursos que necesita para entender su cobertura para el 2019.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)

El EOC muestra todos los detalles de sus beneficios. Úselo para averiguar qué está cubierto y cómo funciona su plan. Su EOC estará disponible en línea en modahealth.com/medicare para el 15 de octubre de 2018.

Si desea que se le envíe una EOC por correo, puede llamar a Servicios para miembros al 1-877-299-9062 o enviar un correo electrónico a MedicalMedicare@modahealth.com.

Directorios de proveedores y farmacias

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor y/o farmacia de la red, llame a Servicios para miembros al 1-877-299-9062 o visite www.modahealth.com/medicare para acceder a nuestro directorio de búsqueda en línea. Se puede acceder a la misma haciendo clic en el enlace "Find Care" [encontrar asistencia] de nuestra página web.

Si desea que le envíen un Directorio de proveedores o un Directorio de farmacias por correo, puede llamar al número que aparece arriba, solicitar uno en el enlace de la página web que se indica arriba o enviar un correo electrónico a MedicalMedicare@modahealth.com.

Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)

Su plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) que representa las terapias de prescripción que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos cubiertos, por favor llame a Servicio al cliente al 1-888-786-7509 o visite www.modahealth.com/medicare para acceder al formulario en línea.

Si desea que le enviemos un formulario por correo, puede llamar al número que aparece arriba o enviar un correo electrónico a PharmacyMedicare@modahealth.com.

También puede iniciar sesión en su cuenta de myModa para ver los documentos de su plan.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Servicio al cliente 1-888-786-7509 (los usuarios de TTY llaman al 711) y Servicios para miembros 1-877-299-9062 (los usuarios de TTY llaman al 711) están disponibles de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana.



modahealth.com

PO Box 40384 Portland, Oregon 97240 | 800-852-5195

Moda Health Plan Inc. es un plan PPO, HMO y PDP con contratos de Medicare.
La inscripción de Moda Health Plan Inc. depende de la reanudación del contrato.

Gracias nuevamente por ser miembro de Moda Health. Por favor, avísenos si
tiene alguna pregunta.

El equipo de servicios para miembros de Moda Health

Y0115_COMMNOTICE19A_C
Versión 5_febrero 2019

1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta médica como miembro de Moda Health HMO Enhanced+RX

Este manual le brinda los detalles sobre la cobertura médica y la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Además, explica cómo obtener cobertura para la atención médica y los medicamentos con receta médica que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

La entidad que ofrece este plan, Moda Health HMO Enhanced+RX, es Moda Health Plan, Inc. (cuando en esta *Evidencia de cobertura* se habla de “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)”, se hace referencia a Moda Health Plan, Inc. Cuando se habla del “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Moda Health HMO Enhanced+RX).

Moda Health HMO Enhanced+RX es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en Moda Health HMO Enhanced+RX depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible de forma gratuita en español.

Atención: Si usted habla español, los servicios de asistencia de idioma están disponibles para usted de forma gratuita. Llame al 1-877-299-9062 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Para obtener más información, comuníquese con Servicios a los miembros al 1-877-299-9062 o con Servicio al cliente al 1-888-786-7509. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestros sistemas telefónicos automatizados).

Esta información está disponible en diferentes formatos, que incluyen letra grande. Comuníquese con Servicios a los miembros si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Y0115_1150H850600319A_C

Evidencia de cobertura 2019

Índice

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

- Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro 5**
Explica qué significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Habla 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 sobre cómo mantener actualizado el registro de su membresía.
- Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes 26**
Le explica cómo comunicarse con nuestro plan (Moda Health HMO Enhanced+RX) y con otras organizaciones, incluida Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización de mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro médico estatal para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a la gente a pagar sus medicamentos con receta médica y la Junta de jubilación ferroviaria.
- Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos 47**
Explica aspectos importantes que usted debe tener en cuenta sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.
- Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 65**
Brinda los detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuales *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Indica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.
- Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D 108**
Explica las normas que debe cumplir cuando recibe los medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Establece qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Le indica dónde surtir sus recetas. Ofrece información sobre los programas del plan para seguridad y administración de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D 134

Explica las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa sin cobertura y Etapa de cobertura por eventos catastróficos) y cómo estas etapas inciden en la cantidad que usted paga por sus medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido de sus medicamentos de la Parte D e indica lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 154

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 163

Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos) 176

Le dice qué hacer paso a paso si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones con respecto a la cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos con receta médica que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos con receta médica y pedirnos que sigamos cubriendo atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan 239

Explica cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Explica situaciones en las cuales nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 249

Incluye avisos sobre legislación aplicable y no discriminación.

Capítulo 12. Definición de términos importantes..... 252

Explica términos clave usados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro**Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Moda Health HMO Enhanced+RX, el cual es un plan HMO de Medicare.....	7
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos.....	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	A continuación se detalla el área de servicio del plan Moda Health HMO Enhanced+RX	9
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o residencia legal	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?.....	9
Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los servicios de atención y los medicamentos con receta médica cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía de los proveedores incluidos en la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía de las farmacias de la red.....	11
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan	11
Sección 3.5	<i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos de sus medicamentos con receta médica de la Parte D.....	12
SECCIÓN 4	La prima mensual de Moda Health HMO Enhanced+RX	12
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima mensual de su plan?	12
SECCIÓN 5	¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	14
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	14
Sección 5.2	¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	14
Sección 5.3	En algunas situaciones, usted 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 de la Parte D?	16

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 6	¿Debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?	16
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a los ingresos? ..	16
Sección 6.2	¿A cuánto asciende el monto adicional por la Parte D?	17
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D?	17
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional por la Parte D?	17
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual	17
Sección 7.1	Existen varias maneras de pagar la prima de su plan	18
Sección 7.2	¿Las primas mensuales del plan pueden cambiar durante el año?	21
SECCIÓN 8	Ayúdenos a mantener actualizado su registro de miembro	21
Sección 8.1	Cómo asegurarse de que tenemos la información correcta sobre usted	21
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	22
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	22
SECCIÓN 10	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	23
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	23

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Moda Health HMO Enhanced+RX, el cual es un plan HMO de Medicare

Usted cuenta con la cobertura de Medicare y eligió obtener la atención médica y la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare a través de nuestro plan, Moda Health HMO Enhanced+RX.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Moda Health HMO Enhanced+RX es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud), que ha sido aprobado por Medicare y se ofrece a través de una empresa privada.

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

Este manual de *Evidencia de cobertura* explica cómo obtener cobertura de atención médica y medicamentos con receta médica de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que el plan cubre y lo que usted debe pagar como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta médica que tiene disponibles como miembro de Moda Health HMO Enhanced+RX.

Es importante que usted aprenda cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se haga un momento para repasar este folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si no comprende algo o tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Servicios a los miembros 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 del contrato que tenemos con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte del contrato que tenemos con usted y trata sobre la cobertura de su atención por parte de Moda Health HMO Enhanced+RX. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y las notificaciones que le enviemos sobre cambios o condiciones que afectan su cobertura. A veces estas notificaciones se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

Este contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Moda Health HMO Enhanced+RX entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Moda Health HMO Enhanced+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 martes, 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Moda Health HMO Enhanced+RX todos los años. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, en la medida en que decidamos continuar ofreciendo el plan y en la medida en que Medicare nos renueve la autorización.

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

Sección 2.1	Sus requisitos
--------------------	-----------------------

Reúne los requisitos de nuestro plan siempre que:

- tenga las Partes A y B de Medicare (la Sección 2.2 le informa acerca de las Partes A y B de Medicare);
- -- y -- viva en el área geográfica de servicio (la Sección 2.3 describe nuestra área de servicio);
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos;
- -- y -- no sufra de una enfermedad renal terminal (ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si desarrolla la enfermedad cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o 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 por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios que se encuentran cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios que brindan los hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención de la salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare ayuda a cubrir la mayoría de los demás servicios (como servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos y suministros).

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Sección 2.3 A continuación se detalla el área de servicio del plan Moda Health HMO Enhanced+RX

Si bien Medicare es un programa federal, Moda Health HMO Enhanced+RX está disponible solamente para individuos que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. Dicha área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Oregón: Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler.

Si piensa mudarse del área de servicio, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono aparecen en la contratapa de este manual). Cuando se mude, tendrá derecho a un período de inscripción especial, durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare disponible en su nuevo lugar de residencia.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o residencia legal

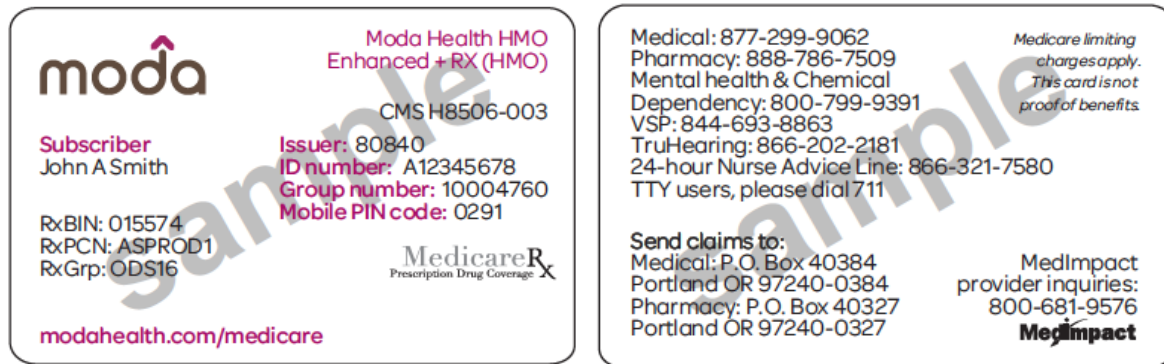
Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Moda Health HMO Enhanced+RX si usted no cumple este requisito para seguir siendo miembro. Moda Health HMO Enhanced+RX debe cancelar su afiliación si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los servicios de atención y los medicamentos con receta médica cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de miembro para obtener servicios cubiertos por este plan y medicamentos recetados en farmacias de la red. Además, deberá presentarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación se presenta una muestra de cómo es la tarjeta de miembro.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Es posible que le pidan que muestre su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Conserve su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita después.

Por qué es esto tan importante: Si obtiene servicios cubiertos utilizando su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de miembro del plan Moda Health HMO Enhanced+RX mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Si se daña, pierde o le roban su tarjeta de miembro, llame a Servicios a los miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: Su guía de los proveedores incluidos en la red del plan

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores de equipos médicos duraderos y otros proveedores de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con algunas excepciones, mientras usted es miembro de nuestro plan debe utilizar los servicios de

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, la atención de urgencias cuando la red no está disponible (por lo general, fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Moda Health HMO Enhanced+RX autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene el *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Puede solicitar más información acerca de los proveedores de nuestra red, incluidos sus títulos profesionales, llamando a Servicios a los miembros. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.modahealth.com/medicare, o descargarlo de este sitio web. Tanto el departamento de Servicios a los miembros como el sitio web pueden suministrarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 El Directorio de farmacias: su guía de las farmacias de la red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron entregar medicamentos con receta médica a nuestros miembros del plan.

¿Por qué es necesario que conozca las farmacias de la red?

En el *Directorio de farmacias* encontrará la farmacia de la red que desee. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Podrá encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal. **Consulte el Directorio de farmacias 2019 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios a los miembros para obtener información actualizada acerca de cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Usamos el nombre abreviado “Lista de Medicamentos”. En ella se enumeran los medicamentos con receta médica de la Parte D que cubre el beneficio de la Parte D incluido en Moda Health HMO Enhanced+RX. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare y Medicaid han aprobado la Lista de Medicamentos de Moda Health HMO Enhanced+RX.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

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

Le brindaremos una copia de esta lista. Para obtener información completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite el sitio web del plan (www.modahealth.com/medicare) o comuníquese con Servicios a los miembros (los teléfonos se encuentran en la contratapa de este manual).

Sección 3.5	<i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos de sus medicamentos con receta médica de la Parte D
--------------------	---

Cuando utilice los beneficios de medicamentos con receta médica de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos que se realizan por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Este breve informe se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted, u otros en su nombre, ha gastado en sus medicamentos con receta médica de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta médica de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D*) brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También está disponible un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* si lo solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Si quiere recibir la *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* en formato electrónico, la puede ver o imprimir desde la cuenta de myModa (sitio web personalizado para los miembros). También puede inscribirse para recibir un correo electrónico cada vez que se publique una nueva EOB. Para recibir esta notificación por correo electrónico, basta con iniciar sesión en la cuenta de myModa y seleccionar la pestaña “Account” (Cuenta). Luego, haga clic en “Change account settings” (Cambiar parámetros de cuenta). Allí se puede actualizar el correo electrónico y seleccionar el método de envío para la EOB que prefiera. Para obtener más información sobre la configuración de la cuenta de myModa, ingrese a www.modahealth.com/eob.

SECCIÓN 4 **La prima mensual de Moda Health HMO Enhanced+RX**

Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima mensual de su plan?
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2019, la prima mensual de Moda Health HMO Enhanced+RX es de \$203. Además, usted debe continuar

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

pagando su prima de la Parte B de Medicare (salvo que Medicaid o un tercero la paguen por usted).

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

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas de recursos limitados con el pago de los medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7 le brinda más información sobre este programa. Si reúne los requisitos, al inscribirse en el programa podrá reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de este programa, **la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura es posible que no corresponda a su caso**. Le hemos enviado un encarte separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (a la que también se conoce como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que presenta más información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, comuníquese con Servicios a los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

En ciertas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría superar el monto que figura en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también denominados “beneficios suplementarios opcionales”, entonces paga una prima adicional cada mes para estos beneficios adicionales. La prima de Moda Health Extra Care es de \$6 mensuales, sumados a la prima de \$203 de Moda Health HMO Enhanced+RX y a la prima de la parte B. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de Medicare con cobertura de medicamentos cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que estuvieron durante un período continuo de 63 días o más sin tener cobertura “meritoria” de medicamentos con receta médica. (Cobertura “meritoria” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare). En el caso de estos miembros, se agrega la multa por inscripción tardía en la Parte D a la prima mensual del plan. El monto de su prima equivaldrá a la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía en la Parte D.
 - Si le correspondiera pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin Parte D o cobertura de medicamentos con receta médica acreditable. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía de la parte D.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D y no lo hace, puede ser dado de baja del plan.

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

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

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica, 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. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en cualquier momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D u otra cobertura acreditable. Una "cobertura meritoria de medicamentos con receta médica" es una cobertura que cumple con los requerimientos mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin Parte D o cobertura de medicamentos con receta médica acreditable. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Apenas se inscribe en Moda Health HMO Enhanced+RX, le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía en la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, puede perder los beneficios de medicamentos con receta médica por falta de pago de la prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Primero cuente el número de meses completos que usted se demoró para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de reunir los requisitos para inscribirse. O cuente el número de meses completos durante los cuales usted no tuvo cobertura acreditable de medicamentos con receta médica, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Después, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2019, esta cantidad de la prima promedio es de \$33.19.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y redondee el importe a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$33.19, lo que equivale a \$4.65. Esto se redondea a

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

\$4.70. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual en el caso de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años** porque la prima mensual promedio puede cambiar todos los años. Si la prima promedio nacional (según determina Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito 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 está recibiendo beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se recalculará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por haber cumplido la edad requerida para Medicare.

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

Aunque haya demorado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando reunió los requisitos por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos con receta médica que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare. Medicare la denomina "**cobertura de medicamentos meritoria**". Tenga en cuenta que:
 - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador anterior o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura meritoria. Esta información se le puede enviar en una carta o puede estar incluida en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla más adelante si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - Tenga en cuenta que: Si usted recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud finaliza, quizás no signifique que su cobertura de medicamentos con receta médica era acreditable. El aviso debe manifestar que usted tenía una cobertura "acreditable" de

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

medicamentos con receta médica que se esperaba que pagara tanto como el plan de medicamentos con receta médica estándar de Medicare.

- Las siguientes *no* constituyen cobertura acreditable de medicamentos con receta médica: tarjetas de descuento para medicamentos con receta médica, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.
 - Para obtener más información sobre cobertura meritosa, consulte su manual *Medicare y usted 2019* o comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos teléfonos gratuitamente las 24 horas, los siete días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura meritosa por menos de 63 días consecutivos.
 - Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** de la fecha que figura en la primera carta que recibe y que manifiesta que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si ya pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre la multa. Si no paga, es posible que se cancele su inscripción por falta de pago de las primas del plan.

SECCIÓN 6	¿Debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?
------------------	---

Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a los ingresos?
--------------------	---

La mayoría de las personas pagan una prima mensual por la Parte D estándar. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de \$85,000 o más como individuo soltero (o casado que presenta una declaración de impuestos individual), o de \$170,000 o más como matrimonio, debe pagar directamente al gobierno un monto adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se informará dicho monto y cómo pagarlo. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de jubilación ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, independientemente del método que utilice habitualmente para pagar su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no alcance para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿A cuánto asciende el monto adicional por la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI), tal como figura en su declaración de impuestos ante el IRS, supera un cierto monto, pagará un monto adicional sobre la prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría pagar en función de su ingreso, 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 pagar una cantidad adicional por la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar que el Seguro Social reconsidere la decisión. Para obtener más información acerca de cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

El monto adicional se debe pagar directamente al gobierno (no al plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted debiera pagar el adicional por ley y no lo hiciera, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta médica.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, a fin de reunir los requisitos para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (los que no reúnan los requisitos para recibir beneficios de la Parte A sin pagar una prima) deberán pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagarán una prima para la Parte B de Medicare. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Algunos pagan un adicional para la Parte D debido al monto de sus ingresos anuales. Se conoce como Ajuste Mensual por Ingresos o IRMAA. Si sus ingresos superan los \$85,000

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

como individuo soltero (o casado que presenta una declaración de impuestos individual), o los \$170,000 como matrimonio, **debe pagarle directamente al gobierno (no al plan de Medicare) un monto adicional** para su cobertura de la Parte D de Medicare.

- Si usted debiera pagar el adicional y no lo hiciera, **será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta médica.**
- Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social (**no su plan de Medicare**) le enviará una carta en la que se informará dicha cantidad.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este manual. También puede visitar <https://www.medicare.gov> en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La copia de *Medicare y usted 2019* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección “Costos de Medicare de 2019”. Aquí se explica en qué difieren las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* todos los años en el otoño. Las personas que son nuevas en Medicare lo reciben dentro del mes de inscribirse por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2019* en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen varias maneras de pagar la prima de su plan

Existen cuatro maneras de pagar la prima de su plan. Si desea cambiar el método de pago, comuníquese con Servicios a los miembros llamando al número telefónico que figura en la contraportada de este folleto.

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, el nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de cambio de método de pago, debe asegurarse de abonar puntualmente la prima de su plan.

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, el nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de cambio de método de pago, debe asegurarse de abonar puntualmente la prima de su plan.

Opción 1: Puede pagar con cheque.

Puede elegir pagar la prima mensual del plan directamente a nuestro plan. Este método se llama pago directo. Si opta por el método de pago directo para pagar la prima del plan, Moda Health Plan, Inc. le enviará un resumen mensual. Los resúmenes de las primas abonadas a través de pago directo se envían por correo el 8 de cada mes y su fecha de vencimiento es el 1 del mes siguiente. Extienda los cheques a nombre de Moda Health Plan, Inc.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Envíe la prima **por correo** a la siguiente dirección:

Moda Health Plan, Inc.
Attn: Accounting
601 S.W. Second Ave, Suite 900
Portland, OR 97204-3199

Se puede entregar el pago **en persona** en la siguiente dirección:

Moda Health Plan, Inc.
601 S.W. Second Ave., Suite 700
Portland, OR 97204

Si tiene alguna pregunta sobre el resumen de las primas, comuníquese con el departamento de Servicios a los miembros de Moda Health llamando al 1-877-299-9062 de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 8 p. m., hora del Pacífico. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde la cuenta corriente

En lugar de pagar mediante un cheque, la prima mensual del plan se puede descontar de su cuenta corriente de forma automática. Este método se denomina EFT (por las siglas en inglés de “transferencia electrónica de fondos” directamente desde la cuenta corriente) y se efectúa a través de una cámara de compensación automatizada (ACH). Si opta por el método de EFT para el pago de la prima del plan, puede llamar al departamento de Servicios a los miembros de Moda Health al 1-877-299-9062 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 8 p. m., hora del Pacífico, para solicitar que se le envíen por correo las instrucciones para las EFT y el formulario correspondiente. También puede ingresar a nuestro sitio web, www.modahealth.com/medicare, y descargar el formulario desde allí haciendo clic en el enlace “Member support” (Asistencia a los miembros) y luego en “How to pay” (Cómo pagar). Imprima las instrucciones y el formulario para las EFT. Envíe el formulario a la dirección que figura en las instrucciones. Una vez que la EFT entre en vigencia, las primas abonadas mediante este método desde la cuenta corriente se descontarán el 5 de cada mes. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el departamento de Servicios a los miembros llamando al 1-877-299-9062 de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 8 p. m., hora del Pacífico. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 3: Pago de la prima del plan desde Internet con eBill de Moda Health

Con eBill, puede ver las facturas desde Internet y elegir los métodos de pago que prefiera (tarjeta de débito, cuenta corriente o cuenta de ahorro), así como establecer un pago recurrente mediante la función Autopay (Pago automático). Para acceder a eBill, ingrese a www.modahealth.com, inicie la sesión myModa y haga clic en la pestaña eBill.

Opción 4: Descuento de la prima del plan del cheque mensual del Seguro Social

La prima del plan puede deducirse mensualmente de su cheque del Seguro Social. Comuníquese con Servicios a los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

de esta forma. Será un placer poder ayudarlo. (Los números de teléfono de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan debe pagarse en nuestras oficinas, a más tardar, el primer día del mes. Si todavía no hemos recibido el pago de la prima para el primer día del mes, le enviaremos un aviso para indicarle que se dará por finalizada la membresía del plan si no lo recibimos dentro del plazo de dos meses calendario. Si debe pagar una multa por inscripción tardía, dicho pago es requisito para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios a los miembros para consultar si podemos indicarle programas que le ayudarán con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Si damos por finalizada su membresía por falta de pago de la prima, tendrá cobertura médica de Original Medicare.

Si damos por finalizada la membresía en el plan porque no pagó la prima, no podrá contar con la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en otro plan durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, podrá unirse a un plan de medicamentos con receta médica independiente o un plan de salud que también ofrezca cobertura de medicamentos. (Si no dispone de cobertura de medicamentos “acreditable” por más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante todo el período en el cual tenga la cobertura de la Parte D).

Al momento de la finalización de la membresía, es posible que todavía nos adeude primas no pagadas. Tenemos derecho a tomar medidas para el cobro de las primas que adeuda. En el futuro, si desea inscribirse una vez más en el plan (o en otro que ofrezcamos), para poder hacerlo primero deberá pagar el monto adeudado.

Si considera que hemos dado por finalizada su membresía por un motivo injustificado, tiene derecho a solicitar que reconsideremos la decisión por medio de un reclamo. En el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto, se indica cómo presentar un reclamo. Si se le presentó una situación de emergencia que escapó a su control y le impidió pagar las primas dentro del período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos la decisión llamando al 1-877-299-9062 de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 8 p. m., hora del Pacífico. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La solicitud se puede hacer antes de haber transcurrido 60 días a partir de la fecha de finalización de la membresía.

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

Sección 7.2 ¿Las primas mensuales del plan pueden cambiar durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual de nuestro plan cambia para el año próximo, se lo comunicaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia a partir del 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para el programa de “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta médica, este programa pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la totalidad de su prima mensual. Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 Ayúdenos a mantener actualizado su registro de miembro

Sección 8.1 Cómo asegurarse de que tenemos la información correcta sobre usted

Su registro de miembro tiene información procedente de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. En él se indica la cobertura específica del plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de miembro para conocer los servicios y medicamentos que usted tiene cubiertos, así como los costos compartidos que le corresponden.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización por accidentes o enfermedades laborales, o Medicaid);
- si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- si ha sido admitido en un hogar de convalecencia;
- si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera de la red o fuera del área;
- si su parte responsable designada (como la persona a cargo) cambia; o

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

- si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cualquiera de estas condiciones cambia, infórmenos llamando a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). También puede enviar un correo electrónico a MedicalMedicare@modahealth.com para notificar cualquier cambio en esa información.

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguros que posea

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

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera los otros seguros médicos o de medicamentos que conozcamos. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otras coberturas que no se mencionan, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información personal sobre la salud. Protegemos la privacidad de su información personal de salud en cumplimiento de lo dispuesto por estas leyes.

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

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), Medicare establece normas que definen qué plan paga primero: nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga primero se denomina "pagador principal" y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga en segundo lugar, se denomina "pagador secundario" y solo paga si hay costos que la cobertura primaria no cubre. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los costos no cubiertos.

Las siguientes normas se aplican al plan de salud colectivo de un empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud colectivo se basa en su empleo actual o en el empleo de un miembro de la familia, el pagador principal dependerá de su edad, la cantidad de personas contratadas por el empleador y el hecho de que usted tenga Medicare por edad, discapacidad o Enfermedad renal terminal (ESRD).
 - Si es menor de 65 años de edad, sufre una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o al menos uno de los empleadores en un plan de empleador múltiple tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años de edad y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o al menos uno de los empleadores en un plan de empleador múltiple tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una enfermedad renal terminal, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

- seguro de responsabilidad por daños sin culpa (incluidos seguro de automóvil);
- responsabilidad civil (incluidos seguro de automóvil);
- beneficios del programa federal del pulmón negro;
- indemnización laboral.

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

Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si necesita actualizar su información sobre otros seguros o desea obtener más información sobre quién paga primero,

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Es probable que deba darles su número de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya corroborado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

CAPÍTULO 2

*Recursos y números telefónicos
importantes*

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Moda Health HMO Enhanced+RX (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con el departamento de Servicios a los miembros del plan).....	27
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	36
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (acceda a ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de manera gratuita)	38
SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (pagado por Medicare para comprobar la calidad de la atención médica a personas que cuentan con Medicare).....	39
SECCIÓN 5 Seguro Social	40
SECCIÓN 6 Medicaid (programa federal y estatal conjunto que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a solventar costos médicos).....	40
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta médica	42
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria	44
SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de parte de un empleador?	45

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes**SECCIÓN 1 Contactos de Moda Health HMO Enhanced+RX (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con el departamento de Servicios a los miembros del plan)****Cómo comunicarse con el departamento de Servicios a los miembros de nuestro plan**

Para obtener ayuda con reclamos o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al departamento de Servicios a los miembros de Moda Health HMO Enhanced+RX. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicios a los miembros: información de contacto
LLAME AL:	<p>1-877-299-9062</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicios a los miembros es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).</p> <p>El departamento de Servicios a los miembros también ofrece servicios de interpretación en forma gratuita a las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
FAX	<p>503-948-5577</p> <p>Attn: Servicios a los miembros de Moda Health HMO Enhanced+RX</p>
ESCRIBA A	<p>Moda Health Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX P.O. Box 40384 Portland, OR 97240-0384</p> <p>MedicalMedicare@modahealth.com</p>
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes**Cómo comunicarse con Servicio al cliente de nuestro plan por asuntos relacionados con las farmacias**

Para obtener ayuda con reclamos relacionados con las farmacias u otras preguntas al respecto, llame o escriba al departamento de Servicio al cliente de Moda Health HMO Enhanced+RX. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al cliente por asuntos relacionados con las farmacias: información de contacto
LLAME AL:	<p>1-888-786-7509</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicio al cliente es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).</p> <p>Servicio al cliente también ofrece servicios de interpretación en forma gratuita para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
FAX	<p>1-800-207-8235</p> <p>Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p>
ESCRIBA A	<p>Moda Health</p> <p>Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p> <p>P.O. Box 40327</p> <p>Portland, OR 97240-0327</p> <p>PharmacyMedicare@modahealth.com</p>
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión con respecto a la cobertura de su atención médica

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

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

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

Método	Decisiones sobre cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL:	1-800-592-8283 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicios de atención médica es de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 4:30 p.m., hora del Pacífico.
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-637-2666 Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX
ESCRIBA A	Moda Health Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX P.O. Box 40384 Portland, OR 97240-0384
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado con respecto a la cobertura. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*).

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL:	1-877-299-9062 1-866-796-3221 (apelaciones aceleradas) Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicios a los miembros es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	503-412-4003 Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievance Unit
ESCRIBA A	Moda Health Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit P.O. Box 40384 Portland, OR 97240-0384
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no se refiere a problemas relacionados con la cobertura o los pagos. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo sobre atención médica, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*).

Método	Reclamos sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL:	1-877-299-9062 1-866-796-3221 (quejas aceleradas / reclamos rápidos) Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicios a los miembros es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Reclamos sobre atención médica – Información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
FAX	<p>503-412-4003</p> <p>Attn: Medicare Grievances Attn: Medicare Expedited Grievances</p>
ESCRIBA A	<p>Moda Health Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit P.O. Box 40384 Portland, OR 97240-0384</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar un reclamo sobre Moda Health HMO Enhanced+RX directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, visite el sitio: https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Cómo contactarnos cuando solicite una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta médica de la Parte D

Una decisión con respecto a la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta médica cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones con respecto a la cobertura de sus medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9, (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas con respecto a la cobertura]*).

Método	Decisiones con respecto a la cobertura para medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL:	<p>1-888-786-7509</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicio al cliente es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).</p>

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Decisiones con respecto a la cobertura para medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
FAX	<p>1-800-207-8235</p> <p>Attn: Determinación de cobertura de Moda Health HMO Enhanced+RX</p> <p>Attn: Determinación de cobertura acelerada de Moda Health HMO Enhanced+RX</p>
ESCRIBA A	<p>Moda Health</p> <p>Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p> <p>P.O. Box 40327</p> <p>Portland, OR 97240-0327</p>
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación sobre sus medicamentos con receta médica cubiertos por la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado con respecto a la cobertura. Para obtener más información sobre la presentación de una apelación acerca de sus medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9, (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas con respecto a la cobertura]*).

Método	Apelaciones sobre medicamentos con receta médica de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL:	<p>1-888-786-7509</p> <p>1-866-796-3221 (apelaciones aceleradas)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicio al cliente es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).</p>

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Apelaciones sobre medicamentos con receta médica de la Parte D – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	503-412-4003 Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievance Unit
ESCRIBA A	Moda Health Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit P.O. Box 40384 Portland, OR 97240-0384
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta médica cubiertos por la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no se refiere a problemas relacionados con la cobertura o los pagos. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo sobre los medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*).

Método	Reclamos sobre los medicamentos con receta médica de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL:	1-888-786-7509 1-866-796-3221 (quejas aceleradas / reclamos rápidos) Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicio al cliente es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Reclamos sobre los medicamentos con receta médica de la Parte D – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	503-412-4003 Attn: Medicare Grievances Attn: Medicare Expedited Grievances
ESCRIBA A	Moda Health Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit P.O. Box 40384 Portland, OR 97240-0384
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Moda Health HMO Enhanced+RX directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, visite el sitio: https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud de pago de nuestra parte del costo compartido por atención médica o medicamentos que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7, *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde por una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*.

Tenga en cuenta que: Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, (Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo? [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]).

Método	Solicitudes de pago médicas: información de contacto
LLAME AL:	1-877-299-9062 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicios a los miembros es de 7 a. m. a 8 p. m., Hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Solicitudes de pago médicas: información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
FAX	<p>503-948-5577</p> <p>Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p>
ESCRIBA A	<p>Moda Health</p> <p>Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p> <p>P.O. Box 40384</p> <p>Portland, OR 97240-0384</p>
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

Método	Solicitudes de pago a farmacias: información de contacto
LLAME AL:	<p>1-888-786-7509</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicio al cliente es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
FAX	<p>1-800-207-8235</p> <p>Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p>
ESCRIBA A	<p>Moda Health</p> <p>Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p> <p>P.O. Box 40327</p> <p>Portland, OR 97240-0327</p>
SITIO WEB	www.modahealth.com/medicare

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

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

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal 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 llamados “CMS”). Esta agencia contrata organizaciones de Medicare Advantage, entre ellas la nuestra.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL:	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.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="472 306 808 338">https://www.medicare.gov</p> <p data-bbox="472 344 1382 590">Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar e instalaciones para diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="472 598 1386 701">El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="521 711 1419 1035" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="521 711 1317 779">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. <li data-bbox="521 787 1419 1035">• Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre planes de Medicare de medicamentos con receta médica, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo aproximado</i> de cuánto podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="472 1043 1365 1110">También puede usar el sitio web para comunicar a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre Moda Health HMO Enhanced+RX:</p> <ul data-bbox="521 1119 1393 1262" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="521 1119 1393 1262">• Informe sus reclamos a Medicare: Puede presentar un reclamo sobre Moda Health HMO Enhanced+RX directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, visite el sitio <p data-bbox="566 1266 1393 1297">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p> <p data-bbox="566 1304 1386 1371">Medicare trata sus reclamos con seriedad y usa esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.</p> <p data-bbox="472 1377 1398 1623">Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro para la tercera edad probablemente le faciliten su computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oregón, el SHIP se denomina Programa de asesoría sobre los beneficios de los seguros médicos para ancianos (SHIBA).

El programa SHIBA es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero de parte del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud locales de manera gratuita a personas con Medicare.

Los asesores del programa SHIBA pueden atender las preguntas o problemas que tenga respecto a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos con respecto a Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del programa SHIBA pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas referidas a cambiar de plan.

Método	Programa de asesoría sobre los beneficios de los seguros médicos para ancianos (SHIBA) (SHIP de Oregón): información de contacto
LLAME AL:	1-800-722-4134
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	SHIBA de Oregón P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405
SITIO WEB	www.oregonshiba.org

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (pagado por Medicare para comprobar la calidad de la atención médica a personas que cuentan con Medicare)

Hay una organización de mejora de la calidad designada para atender a beneficiarios de Medicare en cada estado.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben su pago del gobierno federal. Esta organización es pagada por Medicare para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted cree que la cobertura por su estadía en el hospital está finalizando muy pronto.
- Usted cree que la cobertura para su atención médica en el hogar, atención en instalaciones de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes en consulta externa (CORF) está finalizando muy pronto.

Método	Livanta (organización de mejora de la calidad de Oregón): información de contacto
LLAME AL:	1-877-588-1123 El horario de atención es de 9 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-844-420-6672
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO Area 5 10820 Guilford Rd Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livanta.com

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de encargarse de la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más, y las personas con discapacidades o que sufren una enfermedad renal terminal y reúnen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar la inscripción a Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional para su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener un ingreso más alto. Si recibe una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos se redujeron debido a un acontecimiento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME AL:	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, las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. 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 ciertas personas con ingresos y recursos limitados a solventar costos médicos)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también cumplen los requisitos para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos calificados, discapacitados y que trabajan (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con Oregon Health Plan (OHP).

Método	Oregon Health Plan (OHP): información de contacto
LLAME AL:	1-800-699-9075 para solicitar servicios, de lunes a viernes entre las 8 a. m. y las 5 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Oregon Health Authority (OHA) 500 Summer St. NE Salem, OR 97301-1079
SITIO WEB	www.oregon.gov/OHA

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta médica

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda adicional” para pagar los gastos de medicamentos con receta médica a las personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen ahorros y acciones, pero no vivienda ni automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar las primas mensuales, los deducibles anuales y los copagos de recetas para cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Algunas personas automáticamente reúnen los requisitos para recibir la "Ayuda adicional" y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía una carta a estas personas.

Es posible que usted reciba "Ayuda adicional" para pagar sus primas y costos de medicamentos con receta médica. Para averiguar si usted reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Para comunicarse con la Oficina del Seguro Social debe llamar al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- O bien, a la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para consultar la información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para obtener "Ayuda adicional" y considera que está pagando una cantidad incorrecta de los costos compartidos cuando obtiene sus medicamentos con receta médica en una farmacia, nuestro plan establece un proceso que le permite solicitar ayuda para la obtención de evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnosla.

- Si desea solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible, comuníquese con Servicio al cliente llamando al 1-888-786-7509. Si tiene información del estado de Oregón o de Seguridad Social que indica cuál debería ser el monto del copago, primero comuníquese con Servicio al cliente para que podamos registrarlo en nuestro sistema. Luego, envíe la información por fax a: Moda Health HMO Enhanced+RX, al 1-800-207-8235. Si está en la farmacia, esta se puede comunicar con Servicio al cliente y enviar una copia de la documentación por fax.
- Al recibir la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

receta médica en la farmacia. Le reembolsaremos el copago que haya pagado de más. O bien, le enviaremos un cheque por la cantidad de dinero que haya pagado de más, o lo deduciremos de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo registra como deuda suya, podemos pagar directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, pagaremos directamente al estado. Si tiene alguna duda o pregunta, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de descuentos de Medicare durante la Etapa sin cobertura

El Programa de descuentos de Medicare durante la Etapa sin cobertura ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa sin cobertura y aún no reciben “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier arancel de preparación para costos en la etapa sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una porción del arancel de preparación para los medicamentos de marca.

Si usted alcanza la etapa sin cobertura, aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia le facture su medicamento con receta médica y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará todo descuento suministrado. Tanto el importe pagado por usted como el importe descontado por el fabricante se computan como parte de sus gastos de bolsillo como si hubiese pagado estas cantidades durante la Etapa sin cobertura. La cantidad que paga el plan (5%) no se tiene en cuenta como parte de sus gastos de bolsillo.

Usted también obtiene cierta cobertura por medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa sin cobertura, el plan paga el 63% del precio de los medicamentos genéricos y usted, el 37% restante. En el caso de los medicamentos genéricos, el importe que paga el plan (63%) no se tiene en cuenta como parte de sus gastos de bolsillo. Solo el importe que usted paga se tiene en cuenta durante la Etapa sin cobertura. Además, la tarifa de despacho está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos o sobre el Programa de descuentos de Medicare durante la Etapa sin cobertura en general, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

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

El Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA que cumplen los requisitos de ADAP a tener acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta médica. El ADAP de Oregón es CAREAssist. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir determinados

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

cráterios, entre ellos prueba de la residencia en el estado y condición con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente.

Si está actualmente inscrito en un ADAP, el programa puede continuar proporcionándole asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta médica de la Parte D para medicamentos que se encuentren en el formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripción de su ADAP local cualquier cambio en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza. Comuníquese con CAREAssist al 1-800-805-2313.

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a CAREAssist al 1-800-805-2313.

¿Qué sucede si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos con receta médica? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos con receta médica durante la Etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y considera que debería haberlo obtenido?

Si usted cree que ha alcanzado la brecha en la cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso 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 sus registros de medicamentos con receta médica sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, usted puede apelar. Puede recibir ayuda para presentar una apelación de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (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 semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Capítulo 2. Recursos y números telefónicos importantes

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria - Información de contacto
LLAME AL:	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, hay información grabada y servicios automatizados disponibles las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtienen beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge) como parte de este plan, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador/sindicato o con Servicios a los miembros si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información sobre sus beneficios médicos, las primas o los períodos de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene alguna pregunta relacionada con la cobertura de Medicare de este plan.

Si tiene otras coberturas de medicamentos con receta médica a través de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta médica actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

*Uso de la cobertura del plan para
obtener servicios médicos*

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1	Información sobre la obtención de atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	49
Sección 1.1	¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?	49
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan	49
SECCIÓN 2	Use proveedores en la red del plan para recibir su atención médica	51
Sección 2.1	Debe seleccionar a un médico de atención primaria (PCP) que proporcione y coordine su atención médica	51
Sección 2.2	¿Qué clase de atención médica puede recibir sin tener aprobación por adelantado de su PCP?	52
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	53
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	55
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad de atención de urgencia o durante una catástrofe	55
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica	55
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad de servicios de urgencia	57
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe	58
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	58
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por servicios cubiertos	58
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe abonar el costo total	58
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un “estudio de investigación clínica”?	59
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	59
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	60

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”	61
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica?	61
Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica está cubierta por nuestro plan?.....	61
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos	62
Sección 7.1	¿Será dueño de los equipos médicos duraderos después de realizar determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?	62

SECCIÓN 1 Información sobre la obtención de atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber acerca del uso del plan para recibir su atención médica cubierta. Ofrece definiciones sobre los términos y explica las normas que debe cumplir para obtener tratamientos, servicios y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar usted cuando recibe atención, utilice la tabla de beneficios del próximo capítulo, Capítulo 4, (*Tabla de beneficios médicos, lo que el plan cubre y lo que usted paga*).

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

A continuación hay algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo recibe la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **Los “proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para proveer servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- **Los "proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica con quienes hemos celebrado un acuerdo para que acepten nuestro pago y su parte del costo compartido como pago total. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo compartido de los servicios.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se indican en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan
--------------------	--

Como plan de salud de Medicare, Moda Health HMO Enhanced+RX debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe cumplir con las normas de cobertura de Original Medicare.

Moda Health HMO Enhanced+RX generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- **La atención que usted reciba se considere médicamente necesaria.** La atención “necesaria por razones médicas” comprende los servicios, suministros o medicamentos indispensables para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, conforme a los criterios aceptados para prácticas médicas.

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le brinde atención y la supervise.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe concederle autorización por adelantado para que usted pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud en el hogar. Esto se denomina “derivación”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se necesita una derivación del PCP en caso de requerir atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención médica que se pueden obtener sin contar con la aprobación por adelantado del PCP (para consultar más información al respecto, consulte la sección 2.2 de este capítulo).

- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación se indican tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para ver qué significan servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 en este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores en nuestra red no pueden proporcionar esta atención, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Para aprobar estos servicios, se necesitará de la previa autorización de nuestro plan. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para información sobre la obtención de la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 en este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted reciba en una instalación para diálisis certificada por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1	Debe seleccionar a un médico de atención primaria (PCP) que proporcione y coordine su atención médica
--------------------	--

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

Cuando se afilia a nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (PCP) de entre los proveedores del plan.

El PCP es un médico, enfermero con práctica médica, ayudante médico o profesional sanitario que cumple con las exigencias estatales y que está capacitado para brindarle atención médica básica. Los PCP cuentan con licencias y credenciales.

Se consideran PCP todos proveedores que brindan servicios en alguna de las siguientes áreas médicas:

- Medicina general
- Medicina familiar
- Medicina interna

El PCP le brindará la mayor parte de la atención médica y le ayudará a programar o coordinar la mayor parte de los otros servicios que necesite.

Por lo general, primero acudirá al PCP para la mayor parte de la atención médica de rutina que requiera. El PCP le programará la mayoría de los otros servicios, incluidas las radiografías, las pruebas de laboratorio y la atención hospitalaria.

¿Qué función tiene el PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

El PCP le brindará la mayor parte de la atención médica que necesite y le ayudará a coordinar todos los otros servicios cubiertos que pueda requerir. La “coordinación” de los servicios cubiertos incluye la comprobación o consulta con otros proveedores de la red respecto de la atención médica que usted recibe y el estado actual de esta. Para ayudarle al PCP a coordinar la atención médica, debe enviarle todas las historias clínicas pasadas que todavía no tenga.

Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado del PCP. Este procedimiento se conoce como “obtención de una derivación” del PCP. El PCP debe notificarnos acerca de la derivación para que los servicios queden cubiertos. Para obtener más información sobre la obtención de la aprobación para los servicios, consulte la Sección 2.3 de este capítulo. En algunos casos, es posible que el PCP también necesite obtener la autorización previa de nuestra parte. Los servicios que requieren de autorización previa de nuestra parte se tratan en el Capítulo 4, Sección 2.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

¿Cómo elige su PCP?

Cuando se afilia a nuestro plan, debe elegir un PCP de entre los proveedores de la red. Para elegir un PCP, puede consultar el *Directorio de proveedores* o comunicarse con Servicios a los miembros para que lo ayuden a encontrar un PCP que admita nuevos pacientes. Una vez elegido el PCP, debe comunicarse con Moda Health Plan, Inc. para informarnos sobre su elección a través de los números telefónicos de Servicios a los miembros (impresos en la contraportada de este folleto), o bien ingresar a su cuenta de myModa para actualizar el PCP desde Internet. Para obtener instrucciones sobre cómo elegir el PCP a través de la cuenta de myModa, consulte la sección “Cambio de PCP” más adelante.

Le informaremos si el PCP abandona el plan. Si tiene preguntas o necesita ayuda para elegir al PCP, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). Si hay un especialista u hospital en particular al que quisiera acudir, consulte con el PCP para determinar si puede derivarlo a ese especialista u hospital.

Cambio de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, su PCP podría dejar nuestra red de proveedores del plan y usted tendría que buscar un nuevo PCP.

Para buscar un nuevo PCP, consulte el *Directorio de proveedores* o realice una búsqueda a través de nuestro directorio en línea en www.modahealth.com/medicare haciendo clic en el enlace “Find care” (Buscar servicios de atención). Al buscar PCP en el sitio web, seleccione uno que forme parte de nuestra red de proveedores de Medicare Advantage. Para cambiar de PCP, inicie sesión en su cuenta de myModa, haga clic en la pestaña “PCP” e ingrese el nombre de su PCP. Los cambios de PCP que se hagan a través de la cuenta de myModa se actualizarán en nuestro sistema de inmediato. Si tiene preguntas, necesita ayuda para elegir un PCP o preferiría cambiar la información del PCP por vía telefónica, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.2	¿Qué clase de atención médica puede recibir sin tener aprobación por adelantado de su PCP?
--------------------	---

Usted puede recibir los servicios indicados a continuación sin obtener aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de la mujer de rutina, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, hepatitis B y neumonía, siempre que las administre un proveedor de la red.
- Servicios de atención de emergencias por parte de proveedores de la red o fuera de la red

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente (p. ej., cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan)
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en una instalación para diálisis certificada por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Servicios a los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos coordinar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).
- Servicios de salud mental externos proporcionados por un médico o psiquiatra autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera con práctica médica, ayudante de médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, conforme a las leyes estatales vigentes.
- La mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Para conocer en detalle qué servicios requieren de la aprobación anticipada del PCP, remítase a la tabla de beneficios del siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que el plan cubre y lo que usted paga*).

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

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicos. Hay muchas clases de especialistas. Aquí incluimos algunos ejemplos:

- Oncólogos, que tratan pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que tratan pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que tratan pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

El PCP le brindará la mayor parte de la atención médica. Si el PCP considera que necesita atención especializada por motivos médicos, lo derivará a un especialista. También deben ponerse en contacto con Moda Health Plan, Inc. desde el consultorio del PCP por vía telefónica o fax para notificar acerca de la derivación. El proceso de derivación no se completa hasta que no se haya emitido un número de derivación. La atención especializada no estará cubierta sin la derivación del PCP. Los siguientes servicios solo contarán con cobertura si el PCP ha hecho una derivación:

- Servicios quiroprácticos (para la manipulación manual de la columna vertebral solamente para corregir una subluxación)
- Exámenes auditivos (realizados por un especialista)
- Servicios de podología
- Los servicios de rehabilitación incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje.
- Todas las demás consultas y servicios de especialidad

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

¿Para qué servicios el proveedor necesitará de autorización previa de parte del plan?

Para determinados servicios, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el servicio para usted. Esto se denomina “autorización previa”. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Si se atiende con un proveedor fuera de la red, es conveniente que usted o su proveedor obtengan una autorización previa de parte del plan antes de acceder a servicios que no sean de emergencia o urgencia.

El proveedor puede comunicarse con Servicios de atención médica de Moda Health llamando al 1-800-592-8283 o enviar una solicitud de autorización previa por fax al 1-855-637-2666. El horario de Servicios de atención médica es de lunes a viernes de 7 a. m. a 4:30 p.m., hora del Pacífico. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar a lo largo del año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo con buena intención para notificarle al menos 30 días antes que su proveedor se retira de nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir otro.
- Le brindaremos asistencia en la selección de un nuevo proveedor calificado para continuar satisfaciendo sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Si necesita ayuda para encontrar un nuevo proveedor, puede consultar el *Directorio de proveedores*, buscar en el sitio web www.modahealth.com/medicare o llamar a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Por lo general, Moda Health HMO Enhanced+RX no cubre los servicios prestados por proveedores fuera de la red. A continuación, se mencionan algunos servicios de proveedores fuera de la red que estarían cubiertos por Moda Health HMO Enhanced+RX:

- Atención necesaria por razones médicas que nuestro plan tiene la obligación de cubrir de acuerdo con Medicare, pero que los proveedores de nuestra red no pueden brindar. Estos servicios se pueden obtener de un proveedor de Medicare fuera de la red. Para aprobar estos servicios, se necesitará de la previa autorización de nuestro plan. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente, p. ej. cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en una instalación para diálisis certificada por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. De ser posible, comuníquese con Servicios de atención médica (para consultar la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 1, *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión con respecto a la cobertura de su atención médica*). Los representantes de Servicios de atención médica le ayudarán a programar las consultas antes de salir del área de servicio y a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.

Si no está seguro de si un proveedor de Medicare pertenece o no a la red, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad de atención de urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?**

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

Si tiene una emergencia médica:

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero aprobación o referencia de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se le informe a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese con Servicios de atención médica de Moda Health llamando al 1-800-592-8283 o envíe la información por fax al 1-855-637-2666. El horario de Servicios de atención médica es de lunes a viernes de 7 a. m. a 4:30 p.m., hora del Pacífico. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento que la necesite, en cualquier parte del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las cuales ir a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos.

Cuenta con cobertura por emergencias y atención de urgencia en todo el mundo. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están proporcionando atención de emergencia para ayudar a administrar su atención y hacer un seguimiento de esta. Los médicos que le están brindando atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que la emergencia haya terminado, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúa siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar para que proveedores de la red se hagan cargo de su atención ni bien lo permitan su estado médico y las circunstancias.

¿Qué sucede si no es una emergencia médica?

En ocasiones, es muy difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, puede pasar que usted solicite atención de emergencia pensando que su salud corre grave peligro, y el médico le diga que, en realidad, no se trataba de una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, pero usted creyó razonablemente que su salud corría un riesgo grave, cubriremos la atención.

No obstante, después de que el médico decida que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la obtiene de una de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- *O bien*, la atención adicional que obtiene se considera "servicios de urgencia" y usted cumple con las normas para obtener dichos servicios (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad de servicios de urgencia**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Por “servicios de urgencia” se entiende la atención que se brinda para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que, si bien no constituye una emergencia, requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia puede ser proporcionados por proveedores de la red, o bien por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, el agravamiento imprevisto de una afección conocida.

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

Siempre debería tratar de obtener los servicios de urgencia de los proveedores de la red. No obstante, si los proveedores de la red no se encontraran disponibles temporalmente o fueran inaccesibles, y no sería razonable esperar a obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red volviera a estar disponible, cubriremos la atención de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Puede acceder a los servicios de urgencia ofrecidos como parte de la red poniéndose en contacto en primera instancia con su PCP. Si el PCP no puede atenderlo de manera urgente, pregúntele adónde debería acudir. También puede buscar proveedores de la red en nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare. Si necesita ayuda para buscar un proveedor de la red, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este folleto).

Como miembro, tiene acceso a una línea de asesoramiento de enfermería a toda hora, los siete días de la semana y durante todo el año. Al comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería, podrá hablar directamente con personal de enfermería registrado que le contestará las preguntas médicas que tenga. Las llamadas son siempre confidenciales. Llame sin cargo al 1-866-321-7580. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

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

Cuenta con cobertura por emergencias y atención de urgencia en todo el mundo.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare para obtener información sobre cómo obtener atención durante una catástrofe.

Generalmente, si no puede acceder a un proveedor dentro de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda despachar sus medicamentos con receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos por servicios cubiertos

Si pagó más de la parte que le corresponde por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde por una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer al respecto.

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

Moda Health HMO Enhanced+RX cubre todos los servicios médicos que son necesarios por razones médicas, que figuran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que el plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque fueron obtenidos fuera de la red sin autorización.

Si tiene alguna pregunta acerca de si pagaremos algún servicio o atención médica que está considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. Usted también tiene derecho a pedir esto por escrito. Si le decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*), tiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Servicios a los miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Para servicios cubiertos que tienen una limitación del beneficio, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. La cantidad que usted paga una vez que se haya alcanzado el límite del beneficio no contará para su máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios a los miembros cuando quiera saber cuánto ha utilizado ya de su límite de beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado "estudio clínico") es la forma en la que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Ellos prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando voluntarios para que ayuden con el estudio. Este tipo de estudio representa una de las etapas finales de un proceso de investigación que permite a médicos e investigadores observar el funcionamiento y la seguridad de un nuevo método.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. Medicare debe aprobar antes el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* aprobó, *será responsable de pagar todos los costos de su participación.*

Una vez que Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si reúne los requisitos establecidos por los científicos que administran el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio y comprenda y acepte por completo qué implica su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita tener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener la autorización de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) para hacerles saber que participará en un ensayo clínico y para averiguar detalles más específicos sobre qué pagará su plan.

Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?
--------------------	--

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted está cubierto para los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre ellos:

- Pensión completa para una estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos por estos servicios, nuestro plan también pagará su parte. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que el que pagaría de haberlos recibido por parte de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:
Supongamos que su participación en el estudio de investigación requiere un análisis de laboratorio que cuesta \$100. También supongamos que su parte de los costos es de \$20 con Original Medicare, pero de \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, lo cual equivale a la cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus informes breves de Medicare u otra documentación que detalle los servicios que recibió como parte del estudio, así como el importe que adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Si participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo producto o servicio que el estudio está probando, salvo que Medicare cubriera el producto o servicio aunque usted *no* estuviera en un estudio.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- Productos y servicios que el estudio le provea a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Productos o servicios que se proveen solo para recopilar datos, y no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriera solo una tomografía computarizada.

¿Le gustaría saber más?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y pruebas clínicas” 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 de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica?

Una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o instalación de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en una instalación de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos entonces cobertura para la atención en una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica. Usted puede elegir buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se ofrece solo para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios para asistencia sanitaria no médica). Medicare solo pagará servicios para asistencia sanitaria no médica ofrecidos por instituciones religiosas para asistencia sanitaria no médica.

Sección 6.2 ¿Qué atención de una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica está cubierta por nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- Atención o tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médico que usted recibe de manera *no* voluntaria o que *es requerido* por la legislación federal, estatal o local.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que usted recibe de una institución religiosa para asistencia sanitaria no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El establecimiento que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios por parte de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de este tipo de institución en un establecimiento, las siguientes condiciones resultarán aplicables:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en instalaciones de enfermería especializada.
 - Y debe obtener autorización previa de nuestro plan antes de ser admitido en el establecimiento; de lo contrario, no se cubrirá su hospitalización.

Se aplican los límites de cobertura para hospitalizaciones (consulte la sección “Atención de pacientes internados” en la tabla de beneficios del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será dueño de los equipos médicos duraderos después de realizar determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como suministros y equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos de colchón, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión i.v., nebulizadores y camas hospitalarias que indique un proveedor para uso domiciliario. El miembro siempre es dueño de ciertos elementos, tales como prótesis. En esta sección, se describen otros tipos de equipos médicos duraderos que deben alquilarse.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipos médicos duraderos pasan a ser dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Moda Health HMO Enhanced+RX, en general, no adquirirá la propiedad del equipo médico duradero (DME) alquilado, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro del plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la titularidad del equipo médico duradero. Llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para obtener servicios médicos

este folleto) para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

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

Si usted no adquirió la titularidad del equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poder adquirir la titularidad del artículo. Los pagos que haya realizado mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si usted realizó menos de 13 pagos por el equipo médico duradero en virtud de Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá efectuar 13 pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para adquirir la titularidad del artículo. Este caso no admite excepciones cuando usted regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

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

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

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

SECCIÓN 1	Comprensión de sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos	66
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos	66
Sección 1.2	¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos?	66
Sección 1.3	Nuestro plan no permite a los proveedores “facturarle el saldo”	67
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará	68
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	68
Sección 2.2	Beneficios adicionales “suplementarios opcionales” que puede comprar ..	100
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	102
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	102

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

SECCIÓN 1 Comprensión de sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y en lo que usted debe pagar por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos con una lista de los servicios cubiertos e indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro del plan Moda Health HMO Enhanced+RX. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios. Los beneficios complementarios opcionales, beneficios adicionales disponibles para la compra abonando una prima adicional, se describen en la Sección 2.2.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información relativa a los pagos que le brindamos en este capítulo, necesita conocer sobre los tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted abona un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (Para más información, consulte la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2).
- El **“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. (La Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), nunca deberían pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar las pruebas de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que se le pide que pague un servicio de forma incorrecta, comuníquese con el Servicio al cliente.

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

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite respecto del monto de gastos de bolsillo que debe pagar cada año en concepto de servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se llama cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Moda Health HMO Enhanced+RX, el máximo que tendrá que pagar de bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red en 2019 es de \$2,500. Los importes que usted abona en concepto de copagos y coseguro por servicios cubiertos de la red se computan como

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

parte de este monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que usted paga por las primas del plan y los medicamentos con receta médica de la Parte D no se tienen en cuenta como parte de su monto máximo de gastos de bolsillo. Asimismo, las sumas que paga por ciertos servicios no se cuentan como parte de la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Esos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$2,500, no tendrá que pagar ningún otro gasto de bolsillo por el resto del año en concepto de servicios dentro de la red cubiertos. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (salvo que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturarle el saldo”

Como miembro del plan Moda Health HMO Enhanced+RX, una de las protecciones importantes que obtiene es que solo debe pagar sus costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos separados adicionales, llamados "facturación del saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que su cantidad de costo compartido) corresponde aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio y aun cuando haya una controversia y no paguemos determinados cargos del proveedor.

Veamos un ejemplo.

- Si su parte del costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15,00), solo paga ese monto por cualquier servicio cubierto por parte de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que dicho porcentaje. Sin embargo, su costo dependerá del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se establezca 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 servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
 - 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 servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).

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

- Si usted cree que un proveedor le “facturó el saldo”, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes ofrece una lista de los servicios que cubre el plan Moda Health HMO Enhanced+RX y lo que usted paga de su propio bolsillo por cada servicio. Los servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare se deben suministrar según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida atención, servicios, suministros y equipos médicos) *deben ser necesarios por razones médicas*. La atención “necesaria por razones médicas” comprende los servicios, suministros o medicamentos indispensables para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, conforme a los criterios aceptados para prácticas médicas.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y sobre las situaciones en las que cubriremos servicios prestados por un proveedor fuera de la red.
- Usted cuenta con un médico de atención primaria (PCP), el cual proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, el PCP debe concederle autorización por adelantado para que usted pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina “derivación”. En el Capítulo 3, se brinda más información sobre la obtención de derivaciones y los casos en que no se necesitan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación anticipada (también llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con la leyenda “**Requiere autorización previa**”.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. En el caso de algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En otros casos, paga *menos*. (Si usted quiere

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


saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su Manual *Medicare y usted 2019*. También puede consultar esta información en el sitio web <https://www.medicare.gov> o solicitar una copia por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si usted también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, corresponderá un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- A veces, Medicare añade cobertura en virtud de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare añade cobertura por cualquier servicio durante 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Usted verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.




Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan cubre este examen únicamente si usted presenta ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de su médico, un médico asistente, una enfermera con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Se requiere la derivación del PCP.</p> <p>No hay coseguro ni copago para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>




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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, helicóptero y servicios de ambulancia terrestres al centro apropiado más cercano que pueda ofrecer atención si está equipado adecuadamente para las necesidades de un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia cuando no es una emergencia es apropiado si está documentado que la situación del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Copago de \$150 por cada viaje de ida cubierto por Medicare por vía aérea o en ambulancia por tierra.</p>
<p>Examen físico anual de rutina</p> <p>Además del examen de “Bienvenida a Medicare” o la visita de control anual, tiene cubierto un examen físico de rutina por año calendario. El examen físico de rutina consiste en una exploración y evaluación de su estado de salud y las enfermedades crónicas.</p>	<p>No se debe abonar ningún coseguro ni copago por este examen.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Visita de control anual</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta de control anual para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención en función de su salud y sus factores de riesgo actuales. La planificación voluntaria y anticipada de la atención médica está cubierta como parte de esta visita de control anual. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizar su primera visita de control anual dentro de los 12 meses posteriores a la consulta de prevención "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por la consulta de control anual.</p>
<p> Medición de la densidad ósea</p> <p>Los siguientes servicios se cubren cada 24 meses, o con mayor frecuencia si son necesarios por razones médicas, solo para personas que reúnen los requisitos (generalmente personas con riesgo de perder masa ósea o contraer osteoporosis): procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por la medición de la densidad ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante. • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro ni copago por las mamografías de detección cubiertas.</p>



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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para miembros que reúnen ciertos requisitos con la derivación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Se requiere la derivación y autorización previa del PCP.</p> <p>Copago de \$30 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
<p> Visita para la reducción de riesgo cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar del uso de la aspirina (si corresponde), comprobar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se esté alimentando saludablemente.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por el beneficio de prevención de enfermedad cardiovascular con terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de sufrir enfermedades cardiovasculares) cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro ni copago por los exámenes de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada 5 años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer vaginal y cervical</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: citología vaginal y exámenes pélvicos cada 24 meses. • Si usted tiene riesgo alto de cáncer vaginal o de cuello uterino o se encuentre en edad reproductiva y ha tenido un examen de Papanicolaou anormal dentro de los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No hay coseguro ni copago por los exámenes preventivos pélvicos y de Papanicolaou cubiertos por Medicare.</p>



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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios de quiropraxia</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. 	<p>Se requiere la derivación del PCP.</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubren los siguientes estudios para personas de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o prueba con enema de bario como alternativa) cada 48 meses. <p>Uno de los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis fecal para detectar la presencia de sangre oculta (prueba de guayaco, o gFOBT) • Análisis fecal inmunoquímico (FIT) <p>Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Se cubren los siguientes estudios para personas con alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia (o prueba con enema de bario como alternativa) cada 24 meses. <p>Se cubre el siguiente estudio para personas que no tienen alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal:</p> <p>Una colonoscopia cada 10 años (120 meses), siempre que no se haya sometido a una sigmoidoscopia en los últimos 48 meses.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>En general, Original Medicare no cubre servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). Cubrimos los servicios necesarios para tratar una enfermedad o lesión que pueden estar cubiertos como paciente internado o ambulatorio por un proveedor de Medicare.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Copago de \$35 por cada consulta odontológica cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios odontológicos complementarios</p> <p>Cubrimos los servicios odontológicos adicionales no cubiertos por Original Medicare, lo que comprende los servicios preventivos e integrales que se enumeran a continuación.</p> <p>Los servicios deben ser prestados por odontólogos que no se hayan desvinculado de Medicare.</p> <p>Si acude a un odontólogo que se ha desvinculado de Medicare, el costo total de los servicios que reciba correrá por su cuenta.</p> <p><u>Servicios dentales preventivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas • Exámenes odontológicos de rutina • Tratamientos con flúor • Radiografías dentales <p><u>Servicios odontológicos integrales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración • Endodoncias • Periodoncias • Dispositivos protésicos • Extracciones • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración 	<p>Beneficio máximo de \$500 para los servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.</p> <p>* Sus costos de bolsillo por los servicios odontológicos complementarios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba se debe realizar en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por una consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes</p>	<p>No hay coseguro ni copago por los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Examen de detección de diabetes (continuación)</p> <p>de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los análisis también pueden estar cubiertos si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos análisis, usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas aquellas personas con diabetes (usuarios o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa a fin de comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluye las plantillas que vienen con tales zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que vienen con tales zapatos). La cobertura incluye ajustes. • Se cubre capacitación para el autocontrol de la diabetes, siempre que se cumplan ciertas condiciones 	<p>No hay un coseguro o copago para los beneficiarios que reúnen las condiciones para acceder al beneficio de capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios y suministros de laboratorio cubiertos por Medicare para controlar la glucemia.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>20 % de la suma otorgada para zapatos ortopédicos a medida cubiertos por Medicare y las plantillas para esos zapatos.</p>
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y artículos afines (Para leer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchón, suministros para la diabetes, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión i.v.,</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>20 % de la suma otorgada para equipos médicos duraderos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y artículos afines (continuación)</p> <p>dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios por razones médicas que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brindados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia, y • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de temas de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red es el mismo que para los que se prestan dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia cuenta con cobertura en todo el mundo.</p>	<p>Copago de \$65 por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>El copago no se exige si se lo admite en el hospital dentro de un plazo de 24 horas y por causa de la misma afección; pagará un copago de \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>En caso de recibir atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesitar servicios de hospitalización una vez estabilizada su afección de emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo la atención, o bien recibir los servicios de hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Programa de ejercicios Silver&Fit[®] y de envejecimiento saludable: Con el programa Silver&Fit[®], puede elegir entre hacer actividad física en un gimnasio o un YMCA selecto, o bien en la comodidad de su propia casa con acceso a los kits de actividad física en el hogar (hasta 2 kits por año de beneficio).</p> <p>El programa Silver&Fit lo ofrece American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada de ASH y se utiliza en este folleto con su autorización. Es posible que los programas y servicios no estén disponibles en todas las áreas.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Debe acudir a un gimnasio que forme parte de la red de ASH Fitness. Puede solicitar que se agregue su gimnasio a la red. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).</p>
<p>Servicios auditivos cubiertos por Medicare</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertas por Medicare que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un proveedor de servicios auditivos u otro proveedor calificado.</p>	<p>Se requiere la derivación del PCP.</p> <p>Copago de \$20 por los exámenes de audición para evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios auditivos complementarios</p> <p>Audífonos Hasta dos audífonos de marca TruHearing por año calendario (uno para cada oído por año calendario). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en distintos colores y estilos. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-866-929-7322 para programar una cita (los usuarios de TTY deben llamar al 711).</p> <p>Exámenes para audífonos de rutina No hace falta una derivación para estos exámenes. Los servicios auditivos de rutina deben ser provistos por un proveedor de TruHearing.</p>	<p>Tiene cobertura para 2 audífonos por cada año calendario.</p> <p>Copago de \$45 por un examen auditivo de rutina por año calendario.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios auditivos complementarios (continuación)</p> <p>Audífonos La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres consultas con el proveedor dentro del primer año a partir de la compra de los audífonos • Un período de prueba de 45 días • Garantía extendida por 3 años • 48 pilas por audífono <p>El beneficio <u>no</u> incluye ni cubre nada de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes para los oídos • Accesorios para los audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Pilas adicionales • Audífonos que no sean de marca TruHearing • Costos relacionados con reclamos contemplados en la garantía por daños y pérdidas <p>Costos relacionados con artículos excluidos que son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan</p>	<p>Copago de \$699 por audífono para productos auditivos Flyte Advanced de TruHearing.</p> <p>Copago de \$999 por audífono para productos auditivos Flyte Premium de TruHearing.</p> <p>* Sus costos de bolsillo por los servicios auditivos complementarios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>
<p> Pruebas de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante un embarazo. 	<p>No hay coseguro ni copago para los miembros elegibles para las pruebas de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Agencias de atención de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de atención médica en el hogar y ordenará que una agencia de atención médica en el hogar los provea. Usted debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de la casa implica un gran esfuerzo.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta médica a domicilio cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Agencias de atención de la salud en el hogar (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistente de enfermería especializada y atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para ser cubiertos en virtud del beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de asistente de enfermería especializada y atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipos y artículos médicos. 	
<p>Servicios de atención para enfermos terminales</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le pronostican una enfermedad terminal y certifican que le quedan 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de servicios para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar <p><u>Para servicios para enfermos terminales y servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios de atención para enfermos terminales y cualquier servicio de las Partes A y B que se relacione con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de atención de hospicio le facturará a Original Medicare los servicios cubiertos por Original Medicare.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico</u></p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no Moda Health HMO Enhanced+RX.</p> <p>Copago de \$0 si consulta con un PCP acerca de la atención para enfermos terminales antes de elegir un centro de cuidados paliativos.</p> <p>Copago de \$20 si consulta con un especialista acerca de la atención para enfermos terminales antes de elegir un centro de cuidados paliativos.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios de atención para enfermos terminales (continuación)</p> <p>terminal: Si usted necesita servicios que no constituyen una emergencia y no son de urgencia, que están cubiertos en virtud de la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solo paga la cantidad de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido en virtud de Fee-for-Service Medicare (pago por servicio) (Original Medicare). <p>En el caso de servicios <u>cubiertos por Moda Health HMO Enhanced+RX pero no cubiertos por las Partes A o B de Medicare: B</u>: Moda Health HMO Enhanced+RX seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que se relacionen con su pronóstico terminal o no.</p> <p>Usted paga su costo compartido del plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si usted necesita atención que no es para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre servicios de atención de cuidados paliativos para enfermos terminales que no hayan seleccionado dicho beneficio de cuidados paliativos.</p>	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si fueran médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si se encuentra en riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestros beneficios de medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por las vacunas contra la neumonía, la gripe o la hepatitis B.</p>
<p>Atención de pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios intensivos, de rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención de pacientes internados comienza el día en que es hospitalizado formalmente por prescripción médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (tales como unidades de cuidados intensivos o de atención coronaria) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje 	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Días 1-5: Copago de \$150 por día</p> <p>Día 6 en adelante: Copago de \$0 por día</p> <p>No hay una cantidad máxima de días cubiertos por el plan por período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos en que usted no ha recibido atención en el hospital o centro de enfermería especializada. Si lo hospitalizan después de terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Atención de pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios para alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula espinal, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, dispondremos que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del área de servicio, usted puede elegir ir a un centro local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tasa de Original Medicare. Si Moda Health HMO Enhanced+RX brinda servicios de trasplante en un lugar ubicado fuera del área de servicio en su comunidad y usted opta por obtener trasplantes en dicho lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Los reintegros por los gastos de transporte cubren los viajes que usted y su acompañante hacen entre su casa y el consultorio médico por servicios relacionados con la atención por trasplantes. Los gastos de transporte y alojamiento se reintegrarán en conformidad con las pautas del IRS sobre distancia recorrida y alojamiento en el día en que se prestaron los servicios. El monto que se reintegrará por el alojamiento será el menor de los siguientes: (1) los cargos facturados o (2) el monto estipulado por las pautas del IRS para el valor máximo de alojamiento en esa localidad. La información actualizada sobre los reintegros se puede consultar en el sitio web de la Administración de Servicios Generales: www.gsa.gov. Para ver más información sobre cómo y dónde presentar un reclamo, consulte el Capítulo 7, Sección 2: “Cómo solicitarnos que le devolvamos dinero o paguemos una factura que ha recibido”. 	<p>La cantidad de períodos de beneficios que puede tener es ilimitada.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia haya sido estabilizada, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Atención de pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y los concentrados de eritrocitos solo comienza a la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las tres primeras que le transfieran en el año calendario, o bien recibir la sangre propia o de un donante. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se transfiera.. • Servicios del médico <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si usted se queda en el hospital durante la noche, aun se lo podría considerar un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También encontrará más información en la hoja informativa de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Descargue la hoja informativa de aquí: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos teléfonos gratuitamente las 24 horas, los siete días de la semana.</p>	


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Atención de la salud mental para pacientes internados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en hospital. Los servicios de internación en hospitales psiquiátricos tienen un límite de 190 días durante la vida de la persona. El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental para pacientes internados suministrados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Días 1-5: Copago de \$150 por día</p> <p>Días 6-90: Copago de \$0 por día</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos en que usted no ha recibido atención en el hospital o centro de enfermería especializada. Si lo hospitalizan después de terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o la instalación de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radio y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones 	<p>Copago de \$0 por cada consulta de un proveedor de atención primaria.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % de la suma otorgada para radiografías y ecografías.</p> <p>Para los siguientes servicios, se requiere la derivación y autorización previa del PCP:</p> <p>Copago de \$20 por cada visita a un especialista.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos protésicos y ortopédicos (diferentes a los dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano corporal interno que no funciona o funciona mal de forma permanente, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos • Soportes para las piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>20 % de la suma otorgada para servicios radiológicos de diagnóstico y tratamiento.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando es referido por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas por año en lo sucesivo. En caso de haber modificaciones en su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que tenga derecho a más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión en forma anual si su tratamiento debe continuar durante el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro ni copago para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Programa de prevención contra la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio en la salud estructurada que proporciona capacitación práctica respecto a cambios dietarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. Un proveedor del programa MDPP inscripto y certificado debe proporcionar los servicios. Los servicios están limitados a una única vez en la vida durante un período de 24 meses consecutivos.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que el paciente usualmente no puede administrarse a sí mismo y que se le inyectan cuando recibe atención de un médico, servicios hospitalarios ambulatorios o de centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación de la sangre que se administra usted mismo mediante inyección si usted tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare en el momento de recibir el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. 	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>20 % de la suma otorgada para medicamentos de quimioterapia y medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestesia tópica y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darboetina alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El Capítulo 5 brinda información sobre la posibilidad de acceder al beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D y enumera las reglas que deben cumplirse a fin de recibir cobertura para medicamentos con receta médica. En el Capítulo 6 se informa lo que usted paga por los medicamentos con receta médica de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p> Exámenes de obesidad y terapias para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoría intensiva para ayudarlo a bajar de peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede ser coordinada con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para conocer más sobre este tema.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por el examen preventivo de detección de la obesidad y la terapia.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes en consulta externa</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Electrocardiograma • Radioterapia (radio y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros del técnico 	<p>Copago de \$0 por los servicios de laboratorio, procedimientos de diagnóstico (como electrocardiogramas) y pruebas que estén cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes en consulta externa (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y los concentrados de eritrocitos solo comienza a la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las tres primeras que le transfieran en el año calendario, o bien recibir la sangre propia o de un donante. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se transfiera. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>20 % de la suma otorgada para radiografías y ecografías.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los siguientes servicios:</p> <p>20 % de la suma otorgada para radiologías de diagnóstico, MRI/CT/CAT/SPECT/PET, cardiología nuclear y radioterapia.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes en consulta externa de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes en consulta externa, tales como servicios de observación o cirugía para pacientes en consulta externa. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin esta se necesitaría tratamiento como paciente internado. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no 	<p>Copago de \$0 por los servicios de laboratorio, procedimientos de diagnóstico (como electrocardiogramas) y pruebas que estén cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % de la suma otorgada para radiografías y ecografías.</p> <p>Copago de \$65 por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los siguientes servicios:</p> <p>Copago de \$35 por día para las hospitalizaciones parciales cubiertas por Medicare.</p> <p>20 % de la suma otorgada para radiologías de diagnóstico,</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) pueda autoadministrarse.</p> <p>Nota: salvo que el proveedor le haya extendido una orden de hospitalización, usted es paciente ambulatorio y debe pagar su parte de los costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si usted se queda en el hospital durante la noche, aun se lo podría considerar un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También encontrará más información en la hoja informativa de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Descargue la hoja informativa de aquí: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos teléfonos gratuitamente las 24 horas, los siete días de la semana.</p>	<p>MRI/CT/CAT/SPECT/PET, cardiología nuclear y radioterapia.</p> <p>20 % de la suma otorgada para medicamentos y productos biológicos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Copago de \$100 por cada procedimiento externo cubierto por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria (CCA).</p> <p>Copago de \$100 por cada procedimiento externo cubierto por Medicare en un hospital.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera con práctica médica, ayudante de médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, conforme a las leyes estatales vigentes.</p>	<p>Copago de \$20 por cada consulta de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes en consulta externa</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes en consulta externa se proveen en diversos entornos de consulta externa, tales como departamentos de consulta externa de un hospital, consultorios de un terapeuta independiente y centros integrales de rehabilitación para pacientes en consulta externa (CORF).</p>	<p>Se requiere la derivación y autorización previa del PCP.</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios para alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa</p> <p>Evaluación e intervención/tratamiento por drogadicción y alcoholismo cubiertos por Medicare para aquellos con problemas de drogadicción, en el consultorio del proveedor o un centro ambulatorio.</p>	<p>Copago de \$20 por cada consulta de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debería preguntarle a su proveedor si usted es un paciente internado o ambulatorio. Salvo que el proveedor le extienda una orden de hospitalización, usted es paciente ambulatorio y debe pagar su parte de los costos compartidos por cirugías ambulatorias. Incluso si usted se queda en el hospital durante la noche, aun se lo podría considerar un "paciente ambulatorio".</p>	<p>Se requiere autorización previa para todos los siguientes servicios:</p> <p>Copago de \$100 por cada procedimiento externo cubierto por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria (CCA).</p> <p>Copago de \$100 por cada procedimiento externo cubierto por Medicare en un hospital.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y ofrece una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Se requiere la derivación y autorización previa del PCP.</p> <p>Copago de \$35 por día para las hospitalizaciones parciales cubiertas por Medicare.</p>



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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos necesarios por razones médicas brindados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnósticos y tratamientos llevados a cabo por especialistas. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico lo solicita para determinar si necesita tratamiento médico. • Algunos Servicios de atención médica telefónica incluidos consultas, diagnósticos y tratamiento por un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare • Segunda opinión antes de la cirugía • Atención dental no habitual (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción dentaria a fin de preparar la mandíbula para radioterapia por cáncer neoplásico, o servicios que se cubrirían si los prestara un médico). 	<p>Copago de \$0 por cada consulta de un proveedor de atención primaria.</p> <p>Para los siguientes servicios, se requiere la derivación del PCP:</p> <p>Copago de \$20 por cada visita a un especialista.</p> <p>Copago de \$20 por cada examen auditivo de diagnóstico y evaluación de equilibrio que estén cubiertos por Medicare.</p> <p>Para los siguientes servicios, se requiere de autorización previa:</p> <p>Copago de \$35 por cada consulta odontológica cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedos en forma de martillo o espolones en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas enfermedades que afectan las extremidades inferiores. 	<p>Se requiere la derivación del PCP.</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta de podología cubierta por Medicare.</p>
<p> Exámenes para detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen (una vez cada 12 meses):</p>	<p>No hay coseguro ni copago por una prueba anual de PSA.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<ul style="list-style-type: none"> Examen rectal digital. Análisis de antígeno prostático específico (PSA). 	
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (diferentes a los dentales) que reemplazan toda o parte de una parte o función corporal. Estos incluyen, a modo de ejemplo: bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos, zapatos protésicos, piernas artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos artículos relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, se incluye cobertura posterior a la extracción o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte el apartado "Cuidados de la vista" que figura más adelante en esta sección).</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>20 % de la suma otorgada para equipos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y obtienen una derivación para rehabilitación pulmonar extendida por el médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Se requiere la derivación y autorización previa del PCP.</p> <p>Copago de \$30 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
<p> Exámenes y orientación para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que tienen un consumo indebido de alcohol, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si su examen da positivo para el consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones de asesoría breves personales por año (si usted está en pleno uso de sus facultades mentales y atento durante la asesoría) suministradas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de exámenes y orientación para reducir el abuso de alcohol.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Las personas que reúnen los requisitos tienen cubierta una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 55 y 77 años de edad que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de tabaquismo (al menos 30 paquetes-año y que fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años); y reciben una orden escrita para someterse a una LDCT durante una consulta de orientación y toma de decisiones compartidas, según un examen de detección de cáncer de pulmón, que cumple con los criterios de Medicare para una consulta de este tipo y está a cargo de un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección con LDCT inicial:</i> los afiliados deben recibir una orden escrita para someterse a un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, el cual puede proporcionarse durante cualquier consulta adecuada a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado optaran por proporcionar una consulta de orientación y toma de decisiones compartidas según un examen de detección de cáncer de pulmón para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes,</p> <p> Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</p> <p>la consulta deberá cumplir con los criterios de Medicare para una consulta de este tipo.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por la visita de asesoría y toma de decisiones compartida o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Exámenes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidas clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para embarazadas y ciertas personas con un alto riesgo de contraer ITS cuando los análisis son solicitados por un médico de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales intensas de orientación conductual de entre 20 y 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo en la medida en que las proporcione un médico de atención primaria y se realicen en un entorno de atención primaria, tal como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por los exámenes de detección cubiertos por Medicare para ITS y el beneficio preventivo para las ITS.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar cuidados renales y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación para la enfermedad renal durante toda la vida • Tratamientos de diálisis para pacientes en consulta externa (incluidos tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). 	<p>Copago de \$0 por servicios de educación sobre enfermedades renales.</p> <p>Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:</p> <p>Días 1-5: Copago de \$150 por día para las diálisis renales hospitalarias</p> <p>Día 6 en adelante: Copago de \$0 por día para las diálisis renales hospitalarias</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis como paciente internado (si es admitido como paciente internado en un hospital para atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con 	<p>20 % de la suma otorgada para diálisis renales externas.</p> <p>20 % de la suma otorgada para equipos y suministros de diálisis en el hogar.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>sus tratamientos de diálisis en el hogar).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de soporte en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de personal capacitado en diálisis para comprobar que su diálisis en el hogar esté bien, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare".</p>	
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de "atención en instalaciones de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Las instalaciones de enfermería especializada a veces son llamadas "SNF").</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si se necesita por razones médicas). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el organismo, tales como factores de coagulación de la sangre). 	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Días 1-20: Copago de \$0 por día</p> <p>Días 21-100: Copago de \$150 por día</p> <p>No se requiere estadía previa en el hospital.</p>
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y los concentrados de eritrocitos solo comienza a la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las tres primeras que le transfieran en el año calendario, o bien recibir la 	


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>sangre propia o de un donante. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se transfiera..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por las SNF. • Análisis de laboratorio normalmente proporcionados por las SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por las SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por las SNF. • Servicios del médico/profesional. <p>Generalmente, recibirá su atención en SNF por parte de instalaciones de la red. Sin embargo, en los casos que se incluyen a continuación, podrá pagar el costo compartido dentro de la red por la atención en un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta el monto de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o comunidad de retiro de atención permanente donde usted estaba viviendo justo antes de que fuera al hospital (siempre que proporcione atención en instalaciones de enfermería especializada) • Una SNF donde está viviendo su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital 	<p>Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos en que usted no ha recibido atención en el hospital o centro de enfermería especializada. Si lo hospitalizan después de terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaquismo:</u> Cubrimos asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio de prevención sin costo alguno para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaquismo, o si está tomando medicamentos que podrían verse afectados por el consumo de tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, aunque usted deberá pagar el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por los beneficios preventivos de dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Si se cumplen los requisitos del programa SET, se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • constar de sesiones que duren 30-60 minutos, que incluyan un programa de ejercicios de entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación; • ser realizado en un entorno de consulta externa o en el consultorio médico; • ser ofrecido por personal auxiliar calificado necesario para garantizar beneficios que excedan los perjuicios y que estén capacitados en el tratamiento de ejercicios para PAD. • estar bajo la supervisión directa de un médico, ayudante médico o enfermera con práctica médica/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas 	<p>Se requiere la derivación y autorización previa del PCP.</p> <p>Copago de \$30 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación)</p> <p>de soporte vital básicas y avanzadas;</p> <p>SET puede estar cubierto por más de 36 sesiones en un período de 12 semanas por 36 sesiones adicionales por un período extendido de tiempo si es considerado médicamente necesario por un proveedor de atención médica.</p>	
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Por “servicios de urgencia” se entiende la atención que se brinda para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que, si bien no constituye una emergencia, requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia puede ser proporcionados por proveedores de la red, o bien por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles.</p> <p>El costo compartido para servicios de urgencia necesarios suministrados fuera de la red es el mismo que para tales servicios suministrados en la red.</p> <p>Los servicios de urgencia cuentan con cobertura en todo el mundo.</p>	<p>Copago de \$35 por cada consulta de urgencia.</p> <p>El copago no se exige si se lo admite en el hospital dentro de un plazo de 24 horas y por causa de la misma afección: abona un copago de \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>
<p> Cuidados de la vista cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos de atención ambulatoria para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con implante de lentes intraoculares. (Si se somete a dos cirugías de cataratas diferentes, no puede acumular el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Para las personas que presentan alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de 	<p>Copago de \$0 por exámenes cubiertos por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p> Cuidados de la vista cubiertos por Medicare (continuación)</p> <p>glaucoma cada año. Las personas propensas a sufrir glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, los afroamericanos de 50 años o más, y los hispanoamericanos de 65 años o más.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de personas con diabetes, se cubre un examen de detección de retinopatía diabética por año. • Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto 	
<p>Cuidados de la vista complementarios</p> <p>Los servicios de cuidado de la vista de rutina deben ser prestados por proveedores de Vision Service Plan (VSP). Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de VSP, llame al 1-844-693-8863. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Examen ocular de rutina</p> <p>Dispositivos para la vista de uso rutinario</p> <p>Los lentes y marcos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monofocales básicos, bifocales alineados, trifocales alineados y lenticulares • Lentes progresivos estándares • Recubrimiento antimarcas y anti-UV • Colección de artículos para la vista Genesis <p>(las mejores adicionales no están incluidas)</p> <p>Lentes de contacto (en lugar de anteojos)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por un examen ocular de rutina no cubierto por Medicare, incluidas las refracciones oculares, cada año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por un juego de lentes cada dos años calendario</p> <p>Copago de \$0 por un juego de marcos cada dos años calendario</p> <p>* Asignación de \$50 sobre el precio minorista si elige artículos para la vista que no pertenezcan a la colección Genesis</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando los recibe
<p>Cuidados de la vista complementarios (continuación)</p>	<p>* Los lentes de contacto de venta con receta médica (ajuste y evaluación) están cubiertos por completo hasta alcanzar la asignación de \$100 sobre el precio minorista cada dos años calendario (en lugar de marcos y lentes)</p> <p>* Sus costos de bolsillo por los servicios de cuidado de la vista de rutina no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo del plan de Medicare al año.</p>
<p> Consulta de prevención “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta de prevención por única vez "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, como también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas), y referencias para otra atención si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta de prevención “Bienvenida a Medicare” únicamente dentro de los primeros 12 meses de la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, comuníquese al consultorio del médico que desea programar esta visita.</p>	<p>No hay coseguro ni copago por la consulta de prevención de “Bienvenida a Medicare”.</p>

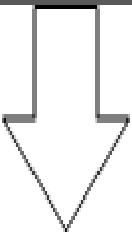
Sección 2.2 Beneficios adicionales “suplementarios opcionales” que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no cubre Original Medicare y que no se incluyen en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “**Beneficios suplementarios opcionales**”. Si desea obtener estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios suplementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

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

Moda Health Extra Care integra servicios que puede llegar a necesitar de vez en cuando, pero que no están cubiertos por el plan Health HMO Enhanced+RX, tales como los servicios de quiropraxia de rutina, la acupuntura y las terapias alternativas (servicios de naturopatía). Moda Health Extra Care cubrirá el 50 % de los cargos permitidos para los servicios mencionados hasta un valor máximo anual de \$500. El monto máximo anual corresponde al costo combinado de los servicios de Moda Health Extra Care recibidos durante el año, y no para cada servicio por separado.

Estos servicios deben ser prestados por proveedores con licencia o certificación, según corresponda, y que se encuentren en el estado en que ejercen y brindan servicios, según la definición de “ejercicio” establecida por el estado otorgante de la licencia o certificación.

BENEFICIO OPCIONAL	PRIMA	COSEGURO
Servicios quiroprácticos de rutina		50 % del costo de los servicios
Acupuntura		50 % del costo de los servicios
Terapias alternativas (servicios de naturopatía)		50 % del costo de los servicios
Monto anual máximo combinado para todos los servicios	\$6 por mes	\$500 de beneficio anual

Puede inscribirse en Moda Health Extra Care en el momento de inscribirse en Health HMO Enhanced+RX. También dispone de 30 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción para decidir si quiere inscribirse en Moda Health Extra Care. Asimismo, puede inscribirse en Moda Health Extra Care durante el período de selección del plan anual, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Si quiere inscribirse, comuníquese con Servicios a los miembros llamando al 1-877-299-9062 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico. Deberá pagar una prima mensual adicional de \$6, además de la prima de la Parte B y la prima de \$203 de Health HMO Enhanced+RX.

Tiene la opción de desvincularse de Moda Health Extra Care cuando lo desee o en el momento de cancelar la inscripción en el plan Health HMO Enhanced+RX. Para solicitar la cancelación de la inscripción en Moda Health Extra Care, debe redactar una declaración por escrito en la que exprese su intención de desvincularse y enviársela por correo a Health HMO Enhanced+RX, a la atención de: Medicare Membership Accounting, 601 S.W. Second Ave. Ste. 900, Portland OR 97204. O bien, enviar la solicitud por fax a 503-224-1975, a la atención de: Medicare Membership Accounting. Una vez recibida la solicitud completada, la inscripción se cancelará el primero del mes siguiente al mes de recepción de la solicitud. Luego de desvincularse de Moda Health Extra Care, debe esperar hasta el siguiente período de inscripción anual para volver a inscribirse. No se puede conservar la cobertura de Moda Health Extra Care si cancela la inscripción en el plan Health HMO Enhanced+RX. Una vez confirmada la cancelación de la inscripción, se emitirá un reintegro por el sobrepago de prima.

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

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa sobre los servicios que 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.

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no se cubren en ningún caso y otros que se cubren solo en condiciones específicas.

Si usted accede a servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla salvo en las condiciones específicas detalladas. La única excepción: pagaremos si un servicio en el cuadro a continuación resulta ser, tras una apelación, un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 en este folleto).

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

Los servicios excluidos no se cubrirán aunque los reciba en un centro de emergencias.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare	✓	
Equipos, medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Es posible que estén cubiertos por Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Solo se cubre cuando es necesaria por razones médicas.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Artículos personales en su habitación en un hospital o instalación de enfermería especializada, tales como un teléfono o televisión.	✓	
Servicios de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✓	
*Atención de apoyo es atención que se proporciona en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando no se requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de tareas del hogar incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas sencillas de la casa o preparación de comidas ligeras.	✓	
Tarifas de atención cobradas por familiares cercanos o integrantes del hogar.	✓	
Cirugía y procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una parte del cuerpo con malformaciones.</p> <p>Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, como también para el seno no afectado a fin de producir un aspecto simétrico.</p>
Los servicios prestados por odontólogos que se hayan desvinculado de Medicare	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. El plan de beneficios suplementarios opcionales, Moda Health Extra Care, cubre la atención quiropráctica de rutina abonando una prima adicional.
Atención de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> Se cubre con ciertas limitaciones conforme a las normas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Comidas enviadas a domicilio	✓	
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> Si el calzado forma parte de una ortesis de pierna y está incluido en el costo de la ortesis, o el calzado es para una persona con pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies (incluidas las plantillas ortopédicas a medida para zapatos que no son a medida)		<p style="text-align: center;">✓</p> Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para corregir la visión deficiente.	✓	
Reversiones de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta libre.	✓	
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> Disponibles como parte de la cobertura del plan de beneficios suplementarios opcionales, Moda Health Extra Care, abonando una prima adicional.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).		<p style="text-align: center;">✓</p> Disponibles como parte de la cobertura del plan de beneficios suplementarios opcionales, Moda Health Extra Care, abonando una prima adicional.
Todos los otros servicios relacionados con el traslado y el alojamiento en casos de trasplante		<p style="text-align: center;">✓</p> Solo los servicios específicamente enumerados en la sección <i>Atención de pacientes internados</i> de la Tabla de beneficios de la Sección 2.1 más arriba.
No podemos pagarle a un proveedor que no reúna las condiciones para participar de Medicare. Si se atiende con un proveedor que no reúne las condiciones para participar de Medicare, el costo total de los servicios que haya recibido correrá por su cuenta.		<p style="text-align: center;">✓</p> Solo atención de emergencia.
Tratamiento o asesoramiento en ausencia de enfermedad, incluida la terapia de pareja	✓	
Enriquecimiento psicológico o programas de autoayuda para personas mentalmente sanas.	✓	
Audífonos y consultas con proveedores para revisar los audífonos (salvo en los casos que se describen en la Tabla de beneficios médicos), moldes para los oídos, accesorios para los audífonos, tarifas por devolución, tarifas por reclamo de garantía y pilas para los audífonos (además de las 48 pilas gratuitas por audífono adquirido).	✓	

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

*Atención de apoyo es atención personal que no requiere atención continua de personal médico o paramédico capacitado, incluidos los cuidados que ayudan con actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.

Limitaciones y exclusiones de la atención de la vista adicional

Este plan se creó para cubrir las necesidades visuales, en lugar de artículos estéticos. Las siguientes limitaciones y exclusiones también son válidas para el **beneficio de atención de la vista complementario**.

- Los servicios o materiales no indicados en este programa como beneficios cubiertos por el plan.
- Lentes planas (lentes con corrección de refracción de menos de ± 0.50 dioptrías)
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes y marcos provistos como parte de este plan que se hayan perdido o roto, salvo a los intervalos normales en que los servicios están disponibles de otra manera.
- Ortóptica o entrenamiento visual y toda prueba complementaria asociada.
- Reemplazo de lentes de contacto perdidos o dañados, salvo a los intervalos normales en que los servicios están disponibles de otra manera.
- Pólizas de seguro o acuerdos de servicios para lentes de contacto.
- Reajuste de los lentes de contacto luego del período de ajuste inicial (de 90 días).
- Modificación, pulido o limpieza de los lentes de contacto.

CAPÍTULO 5

*Uso de la cobertura del plan para
medicamentos con receta médica de
la Parte D*

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	110
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	110
Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan...	111
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	112
Sección 2.1	Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red	112
Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red	112
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedidos por correo del plan	113
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos de largo plazo?.....	114
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?	114
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	115
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	115
Sección 3.2	Existen cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos	116
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	117
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	117
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	117
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	118
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones corresponde a sus medicamentos?	119
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto?	119
Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto.....	119
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?	120
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree que es muy alto?	122

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	123
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	123
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que usted está tomando?	124
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	126
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	126
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando despache una receta	127
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía.....	127
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene consigo su tarjeta de membresía?	127
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	128
Sección 9.1	¿Qué sucede si usted está en un hospital o en una instalación de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?	128
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	128
Sección 9.3	¿Qué sucede si usted recibe cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de jubilados?.....	129
Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare?.....	130
SECCIÓN 10	Programas respecto de la seguridad de los medicamentos y el control de los medicamentos	130
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos en forma segura.....	130
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides	131
Sección 10.3	Programa de administración del tratamiento con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos	132

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D



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

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas de recursos limitados con el pago de los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Ya está recibiendo ayuda con el pago de sus medicamentos?

Si es beneficiario de un programa de subsidio de medicamentos, **posiblemente parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D* no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un encarte separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (a la que también se conoce como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que presenta más información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, comuníquese con Servicio al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica normas para el uso de su cobertura para medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo le informa lo que usted paga por medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Health HMO Enhanced+RX también cubre algunos medicamentos de acuerdo con los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre medicamentos que se le administran durante estadías cubiertas en el hospital o en una instalación de enfermería especializada. Por medio de la cobertura de beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen algunos fármacos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se administran durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) indica los beneficios y costos de los medicamentos durante una hospitalización cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de medicamentos de la Parte B.

Es posible que Original Medicare cubra sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre servicios y medicamentos de la Parte A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por ende, no están

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare*). Para obtener más información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicios del Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que el plan cubre y lo que usted paga)*

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

Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas médicas) debe escribir su receta médica.
- El profesional que emita su receta médica debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para escribir recetas médicas, o su reclamación de la Parte D será denegada. Usted debe preguntar a sus médicos que le emiten recetas médicas la próxima vez que los llame o visite si cumplen con esta condición. Si no la cumplen, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que le emite recetas médicas realice los trámites necesarios.
- Usted debe usar en general una farmacia de la red para despachar su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (denominada "Lista de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D**SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan****Sección 2.1 Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red**

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

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.modahealth.com/medicare) o llamar a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar una nueva receta prescripta por un proveedor o transferir su receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o utilice el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Normalmente, una instalación de atención a largo plazo

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

(tal como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en una instalación de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias para LTC, que suele ser la farmacia que utiliza la instalación de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al cliente.

- Farmacias que atienden al Servicio de salud para la población indígena y al Programa de salud para la población indígena urbana o tribal (no disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencias, solo los amerindios o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están limitados por la FDA a determinadas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o educación con respecto a su uso. (Nota: Esta situación debería ser muy poco frecuente).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en su *Directorio de farmacias* o llamar a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedidos por correo del plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un **suministro para hasta 93 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir recetas por correo, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). Si utiliza una farmacia con servicio de pedidos por correo que no pertenezca a la red del plan, es posible que la receta no esté cubierta.

Normalmente, un pedido de una farmacia con pedidos por correo le llegará dentro de los 14 días. Si hay demoras en el envío, llame a Servicio al cliente para obtener ayuda (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de recibir una receta de un proveedor de atención médica, la farmacia se pondrá en contacto con usted para consultarle si desea que le envíen el medicamento de inmediato o en otro momento. Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma de administración) y, de ser necesario, demorar o cancelar el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que responda cada vez que lo contacten de la farmacia, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

Resurtido de medicamentos con receta médica por correo. Para obtener resurtidos, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acaben sus medicamentos para asegurarse de que su siguiente pedido llegue a tiempo.

Para que la farmacia pueda contactarlo para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de informar a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted. Comuníquese con la farmacia con servicio de pedidos por correo y bríndele su información actualizada y el método de contacto de su preferencia (p. ej., teléfono o correo electrónico). Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

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

El plan ofrece dos maneras de obtener suministros de medicamentos (también denominado “suministros prolongados”) de “mantenimiento” a largo plazo de nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de forma regular, para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias en nuestra red pueden darle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede comunicarse con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
2. Puede utilizar el **servicio de pedidos por correo** de la red del plan. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para hasta 93 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

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

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos despachados en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede hacer despachar sus recetas como miembro de nuestro plan. En caso de no poder utilizar una farmacia de la red, a continuación, se mencionan las circunstancias en las que se ofrecerá cobertura para recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Se trata de recetas relacionadas con emergencias médicas o atención de urgencia.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

- No hay una farmacia de la red a una distancia de viaje razonable que ofrezca servicios las 24 horas del día.
- No puede surtir una receta para la que no se reponen los suministros con frecuencia en una farmacia de venta minorista o con servicio de pedidos por correo de la red (incluidos los medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos de especialidad).
- Viaja fuera del área de servicio del plan y se le acaban los medicamentos cubiertos por la Parte D o los extravía, o bien se enferma y necesita un medicamento cubierto por la Parte D, pero no puede acceder a una farmacia de la red.
- *Nota:* Las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en las situaciones enumeradas con anterioridad están limitadas a un suministro para 31 días.

En estas situaciones, **verifique primero con Servicio al cliente** si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que la farmacia fuera de la red cobró por sus recetas y lo que nosotros pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si tiene que utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su parte habitual del costo compartido) cuando surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 explica cómo solicitarle al plan que le devuelva el dinero).

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

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

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos "Lista de medicamentos"**.

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

Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos son únicamente aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1, encontrará una explicación sobre los medicamentos de la Parte D).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

Generalmente cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o afección para el cual se receta).
- *O bien*, está justificado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y USPDI o su sucesor; y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta médica que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y normalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta médica.

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

Sección 3.2	Existen cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos
--------------------	--

Todo medicamento en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es su costo por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; nivel de menor costo.
- Nivel 2: medicamentos genéricos.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

- Nivel 5: medicamentos especiales; nivel con medicamentos de mayor costo.

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

La cantidad que usted paga por medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

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

Usted tiene tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos en formato electrónico.
2. Visite el sitio web del plan (www.modahealth.com/medicare). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al cliente para verificar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Hay normas especiales que restringen la manera y las circunstancias en las que el plan cubre determinados medicamentos con receta médica. Estas normas fueron desarrolladas por un equipo de médicos y farmacéuticos para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que hace más asequible su cobertura de medicamentos.

En general, nuestras normas fomentan la obtención de medicamentos seguros y apropiados para su afección médica. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo sea tan médicamente apropiado como un medicamento de costo más alto, las normas del plan los exhortarán a usted y a su proveedor a utilizar la opción de costo más bajo. También debemos cumplir las normas y reglamentos de Medicare aplicables a la cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

que no apliquemos esta restricción para usted, deberá usar el proceso de decisión con respecto a la cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en no aplicar la restricción para usted. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre la solicitud de 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 diferentes restricciones o costos compartidos sobre la base de factores tales como la concentración, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg vs. 100 mg; uno por día vs. dos por día; comprimido vs. líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de forma más eficaz. Las secciones a continuación le informan más sobre los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica del medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le suministrarán la versión genérica.** Normalmente no cubriremos el medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica. Sin embargo, cubriremos el medicamento de marca si su proveedor nos informa la razón médica por la cual el medicamento genérico no servirá en su caso o ha colocado la nota "No sustituir" en la receta para surtir un medicamento de marca, o bien nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni ningún otro medicamento cubierto para tratar la misma afección serían efectivos para usted. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se llama "**autorización previa**". A veces el requisito de la aprobación por adelantado ayuda a orientar el uso apropiado de determinados medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, el plan podría no cubrir su medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si los medicamentos A y B tratan la misma afección médica, el plan puede solicitarle que pruebe el A en primer lugar. Si el medicamento A

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

no funcionara en su caso, el plan cubrirá el B. Este requisito de probar un medicamento diferente en primer lugar se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que usted puede tener al limitar qué cantidad de un medicamento puede recibir cada vez que despacha su receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones corresponde a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describen anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones corresponde a un medicamento que está tomando o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para ver la información más actualizada, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web (www.modahealth.com/medicare).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con Servicio al cliente para saber qué debería hacer usted o su proveedor para recibir cobertura para el medicamento. Si desea que no apliquemos esta restricción para usted, deberá usar el proceso de decisión con respecto a la cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en no aplicar la restricción para usted. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre la solicitud de excepciones).

SECCIÓN 5

¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto?

Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto
--------------------	--

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que pueda haber un medicamento con receta médica que usted esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor crean que debería estar tomando que no esté en nuestro Formulario o esté, pero con restricciones. Por ejemplo:

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

- El medicamento podría no estar cubierto. O quizás esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que usted quiere tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas adicionales o restricciones sobre la cobertura para ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted quiere tomar. O podría haber límites a la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, querrá que eliminemos esta restricción.
- El medicamento está cubierto pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte del gasto compartido sea más elevado de lo que debería ser. El plan coloca a cada medicamento cubierto en uno de cinco niveles diferentes de costo compartido. Lo que usted paga por su receta médica depende en parte del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Usted dispone de una serie de opciones si su medicamento no tiene la cobertura que desea. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para conocer sus opciones.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea superior a lo que pensaba, consulte la Sección 5.3 para conocer sus opciones.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene restricciones, a continuación le decimos qué puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que le cubran el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Usted puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando tiene algún

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

tipo de restricción. Hacer esto le da tiempo de hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y resolver qué hacer.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos a continuación:

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

- El medicamento que usted ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan;**
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (la Sección 4 de este capítulo brinda información sobre restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para los miembros nuevos o que estuvieron inscritos en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estaba inscrito en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de un suministro para 31 días. Si su receta especifica menos días, permitiremos varios resurtidos para prever un suministro máximo de 31 días de dicho medicamento. Se debe surtir la receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar el desperdicio).

- **En el caso de aquellos que han sido miembros del plan por más de 90 días, se encuentran en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan el suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o bien menos si su receta especifica menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.

- **En el caso de aquellos que han sido miembros del plan por más de 90 días y experimentan un cambio en el nivel de atención, como ingresar a un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitar un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de hasta 31 días, o de menos si la receta especifica menos días. Esto se suma al suministro de transición de atención a largo plazo mencionado.

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Mientras reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro. Puede cambiarlo por otro medicamento

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

cubierto por el plan, o bien, solicitar al plan que haga una excepción y le cubra el medicamento actual. Las secciones a continuación le informan más acerca de estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Primero hable con su proveedor. Quizás hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedir que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando será quitado del Formulario o se le aplicará algún tipo de restricción para el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el año próximo. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura para su medicamento para el año próximo. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que emite sus recetas médicas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le informa qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

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

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, primero consulte a su proveedor. Quizás hay un medicamento diferente en un nivel menor de costo compartido que podría funcionar igual de bien para usted. Puede comunicarse con Servicio

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento de forma tal que usted pague menos por este. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le informa qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

Los medicamentos especiales del Nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepciones. No reducimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos de este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año
--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, el plan podría realizar cambios en la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Surgen nuevos medicamentos, incluidos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos retirar un medicamento de la lista porque ha resultado ser ineficaz.
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Agregar o quitar una restricción de cobertura para un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D**Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que usted está tomando?****Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre estos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea a intervalos regulares para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación incluimos las situaciones en las que recibiría notificación directa si los cambios se realizan a un medicamento que usted está tomando. También puede comunicarse con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios a la cobertura de su medicamento le afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca de la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Si un medicamento de marca que usted está tomando es reemplazado por un medicamento genérico, el plan debe notificarle con por lo menos 30 días de anticipación o suministrarle un resurtido para hasta 31 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 30 días, usted debe consultar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
 - Usted o el profesional que emita las recetas médicas pueden solicitar que el plan haga una excepción y le continúe cubriendo el medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*).
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, es posible que se retire un medicamento del mercado repentinamente porque ha resultado ser peligroso o por otro motivo. Si esto sucede, lo quitaremos inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos del cambio de inmediato.
 - El profesional que emite sus recetas médicas también sabrá acerca de este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

- **Otros cambios a medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Es posible que, una vez comenzado el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, es posible que agreguemos un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, que cambiemos el nivel de costo compartido o que agreguemos nuevas restricciones al medicamento de marca. También puede que hagamos cambios de acuerdo con las advertencias encuadradas de la FDA o con nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Tenemos la obligación de notificarle con al menos 30 días de anticipación o suministrarle un resurtido para 31 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
- Durante este período de 30 días, usted debe consultar con el profesional que emite sus recetas médicas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o el profesional que emite sus recetas médicas puede solicitar que hagamos una excepción y le continuemos cubriendo el medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*).

Cambios en medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que estén actualmente tomando el medicamento: Para cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si usted permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si establecemos una nueva restricción para el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si cualquiera de estos cambios se produce en un medicamento que usted está tomando (pero no por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca, u otro cambio informado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte de su costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional sobre su uso del medicamento. No recibirá una notificación directa este año sobre cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios le afectarán y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año por si existen cambios a los medicamentos.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

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 qué tipos de medicamentos con receta médica están "excluidos". Esto significa que Medicare no pagará el costo de dichos medicamentos.

Si usted compra medicamentos excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: Si se decide en una apelación que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para obtener más información sobre apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 en este folleto).

A continuación hay tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso no autorizado. El "uso no autorizado" es cualquier uso del medicamento distinto a los indicados en el prospecto de un medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Generalmente, la cobertura para el "uso no autorizado" se permite solo cuando el uso está respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son la base de datos American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX y, para cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su "uso no autorizado".

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

- Medicamentos sin receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando son usados para estimular la fertilidad
- Medicamentos cuando son usados para el alivio de la tos o síntomas de resfrío
- Medicamentos cuando son usados para fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

- Vitaminas y productos minerales con receta médica, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos cuando son usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos cuando son usados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes en consulta externa para los cuales el fabricante busque exigir que las pruebas o servicios de control asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no están cubiertos normalmente en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar cuál es la cobertura de medicamentos disponible a la que puede acceder. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando despache una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, presente su tarjeta de miembro en la farmacia de la red que elija. Cuando usted presente la tarjeta de miembro, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo del medicamento con receta médica cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo compartido cuando retire el medicamento con receta médica.

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

Si no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan cuando despacha su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta médica cuando lo retire.** (Luego puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o en una instalación de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?**

Si usted es admitido en un hospital o instalación de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta médica durante su estadía. Una vez que deja el hospital o instalación de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las normas para recibir cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta que: Cuando ingresa, vive o se retira de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cobertura. (El Capítulo 10, *Cancelación de su afiliación al plan*, le explica cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, usted puede recibir sus medicamentos con receta médica a través de la farmacia del centro siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. De lo contrario, o si necesita información adicional, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que presenta alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será para un máximo de 93 días, o menos si su receta especifica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede suministrar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar el

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

desperdicio). Si usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro único de 31 días, o menos si su receta especifica menos días.

Mientras reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro. Quizás hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le informa qué hacer.

Sección 9.3	¿Qué sucede si usted recibe cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de jubilados?
--------------------	---

¿Actualmente cuenta con otra cobertura de medicamentos con receta médica a través de su empleador o plan grupal de jubilados (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Puede ayudarlo a determinar cómo funciona la cobertura actual de medicamentos con receta médica en nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, nuestra cobertura de medicamentos con receta médica será *secundaria* a la cobertura de su grupo patronal o de jubilados. Esto significa que su cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre "cobertura meritoria":

Todos los años, su grupo patronal o de jubilados debe enviarle una notificación que indique si su cobertura de medicamentos con receta médica para el próximo año calendario es "meritoria" y que detalle las opciones de cobertura de medicamentos que tiene.

Si la cobertura del plan grupal es "**meritoria**", significa que el plan cuenta con cobertura de medicamentos que debería pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare.

Guarde estas notificaciones de cobertura meritoria ya que puede necesitarlas en el futuro. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, puede necesitar estos avisos para demostrar que usted ha mantenido una cobertura acreditable. Si usted no recibió un aviso sobre cobertura acreditable de su plan grupal de jubilación o del empleador, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilación o del empleador o sindicato.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un programa para enfermos terminales de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, analgésico o ansiolítico que no está cubierto por su programa para enfermos terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones asociadas, nuestro plan debe recibir una notificación ya sea del profesional que emite la receta médica o de su proveedor de servicios para enfermos terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras para recibir cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de servicios para enfermos terminales o a su profesional que le emite la receta médica que se aseguren de que tengamos la notificación que indica que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que despache su receta.

En el caso de que usted revoque su opción de servicios para enfermos terminales o sea dado de alta de la instalación para enfermos terminales, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando su beneficio para enfermos terminales de Medicare finaliza, debe llevar a la farmacia documentación para verificar su revocación o su alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las normas para recibir cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas respecto de la seguridad de los medicamentos y el control de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos en forma segura

Efectuamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que estén recibiendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son particularmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted despacha una receta médica. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales tales como:

- posibles errores en la medicación;
- medicamentos que son innecesarios, porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica;

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

- medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados para la edad o el sexo del paciente;
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo;
- recetas para medicamentos con componentes a los que usted es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

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

Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que sus miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides con receta médica, u otros medicamentos de los que suele abusarse. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted corre el riesgo de usar indebidamente o abusar de sus medicamentos opioides benzodiazepinas, es posible que limitemos la cantidad que puede obtener de esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Que deba surtir todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de una farmacia
- Que deba surtir todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de un médico
- Que se limite la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si decidimos que una o más de estas limitaciones le corresponden, le enviaremos una carta por adelantado. La carta incluirá información sobre los términos de las limitaciones que creemos que le corresponden. Asimismo, tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el riesgo de abuso de medicamentos con receta médica o con la limitación, usted y el profesional que emite sus recetas médicas tienen derecho a solicitar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Asimismo, es posible que el DMP no le corresponda si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer, o si recibe atención de enfermos terminales o vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 10.3 Programa de administración del tratamiento con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con sus necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros presentan varias afecciones médicas, toman diversos medicamentos al mismo tiempo y tienen costos de medicamentos muy elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. El programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan los mayores beneficios del medicamento que toman. Nuestro programa se llama programa de Administración del tratamiento con medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos por diferentes afecciones médicas posiblemente puedan obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud realizarán un análisis exhaustivo de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta médica y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción respecto de los medicamentos que recomienda qué puede hacer para sacar el máximo provecho a sus medicamentos, y tiene espacio para que usted tome notas o anote cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea realizar su revisión de medicamentos antes de su consulta de control anual para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que usted debe pagar por los
medicamentos con receta médica de
la Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	136
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos	136
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar por medicamentos cubiertos	137
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué "etapa del pago del medicamento" se encuentre cuando obtiene el medicamento.....	137
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Moda Health HMO Enhanced+RX?	137
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos correspondientes a los medicamentos que toma y la etapa de pago en la que se encuentra	139
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado la “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”).....	139
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.....	139
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	141
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$120 por los medicamentos.....	141
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte del costo de medicamentos que le corresponde y usted paga la suya.....	141
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde despacha su receta médica.....	141
Sección 5.2	Tabla de costos por el suministro <i>mensual</i> de un medicamento	142
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el suministro mensual completo	143
Sección 5.4	Tabla que muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (de 93 días como máximo) de un medicamento	144
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año lleguen a los \$3,820.....	146

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la Etapa sin cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 37% de los costos de los medicamentos genéricos	146
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo llegan a \$5,100	146
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta médica.....	147
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura por eventos catastróficos, el plan paga la mayor parte del costo correspondiente a los medicamentos que toma	149
Sección 7.1	Una vez que pase a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año.....	149
SECCIÓN 8	Lo que usted debe pagar por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las adquiere	150
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura distinta para las vacunas de la Parte D en sí mismas y el costo de administrarle la vacuna.....	150
Sección 8.2	Llámenos a Servicio al cliente antes de darse una vacuna	152

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D



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

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas de recursos limitados con el pago de los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Ya está recibiendo ayuda con el pago de sus medicamentos?

Si es beneficiario de un programa de subsidio de medicamentos, **posiblemente parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D* no se aplique a su caso.**

Le hemos enviado un encarte separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (a la que también se conoce como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que presenta más información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, comuníquese con Servicio al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo usamos "medicamento" para referirnos a un medicamento con receta médica de la Parte D. Tal como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están cubiertos por la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Partes A o B, y otros están legalmente excluidos de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago que le suministramos en este capítulo, debe conocer lo esencial en cuanto a qué medicamentos están cubiertos, en dónde despachar sus recetas médicas y qué normas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. A continuación le presentamos materiales que explican estas cuestiones fundamentales:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, la llamamos la "Lista de medicamentos".
 - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También informa en cuál de los cinco "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción sobre su cobertura para el medicamento.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, comuníquese con Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). La Lista de medicamentos también está disponible en nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare. La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda los detalles de su cobertura de medicamentos con receta médica, incluidas las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta médica no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para ver los detalles). El *Directorio de farmacias* incluye una lista de farmacias que forman parte de la red del plan. También le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, si surte una receta para un suministro de tres meses).

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

Para comprender la información relativa a los pagos que le brindamos en este capítulo, necesita conocer sobre los tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y puede solicitarse de tres maneras.

- El "**deducible**" es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- "**Copago**" significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- "**Coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué "etapa del pago del medicamento" se encuentre cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Moda Health HMO Enhanced+RX?

Como se observa en la siguiente tabla, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta médica por parte de Moda Health HMO Enhanced+RX. El costo de un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento de tener que

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

surtir o resurtir una receta médica. Recuerde que usted es siempre responsable del pago de la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapa 1 <i>Etapa del deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura por eventos catastróficos</i>
<p>Usted inicia esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$120 por sus medicamentos (\$120 es el monto de su deducible).</p> <p>(La Sección 4 de este capítulo brinda más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) alcancen un monto total de \$3,820.</p> <p>(La Sección 5 de este capítulo brinda más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte del arancel de preparación) y el 37% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha lleguen a \$5,100. Medicare estableció esta cifra y las reglas que consideran los costos para esta cifra.</p> <p>(La Sección 6 de este capítulo brinda más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará todo el costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019).</p> <p>(La Sección 7 de este capítulo brinda más detalles).</p>

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos correspondientes a los medicamentos que toma y la etapa de pago en la que se encuentra

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta médica y los pagos que ha realizado al despachar o resurtir sus recetas médicas en la farmacia. De esta forma, podemos decirle cuando ha pasado de una etapa del pago del medicamento a la siguiente. En especial, llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Llevamos registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su gasto “**de bolsillo**”.
- Llevamos registro de sus “**costos totales de medicamentos**”. Esta es la cantidad que usted paga de gastos de bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces llamado “EOB de la Parte D”) cuando haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas médicas que ha despachado durante el mes anterior. Refleja los costos totales de medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales durante el año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información “del año hasta la fecha”. Refleja los costos totales de medicamentos y los pagos totales por medicamentos desde que comenzó el año.

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

Para llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos y de cuánto paga por ellos, utilizamos los registros que obtenemos en las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener la información en orden y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando surta una receta.** Para garantizar que tengamos conocimiento de las recetas que surte y los montos que paga, presente su tarjeta de miembro cada vez que surta una receta.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

- **Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague por medicamentos con receta médica y nosotros no recibamos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le cobran un medicamento cubierto, puede exigirle a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo compartido. Para ver instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). A continuación se mencionan algunos tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se suministran en virtud de un programa de asistencia al paciente de los fabricantes de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizaron por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para cobertura por eventos catastróficos. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos controlar sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, examínela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe, o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). Si se inscribió para recibir una notificación por correo electrónico cuando esté disponible la EOB de la Parte D, le recomendamos que revise su cuenta de myModa. Asegúrese de conservar estos informes. Constituyen un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$120 por los medicamentos

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa se inicia cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcanza el monto del deducible del plan, que es de \$120 para 2019.

- Su “**costo total**” suele ser inferior al precio total normal del medicamento, dado que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El término “**deducible**” se refiere al monto que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado \$120 por sus medicamentos, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte del costo de medicamentos que le corresponde y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde despacha su receta médica

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte del costo compartido de medicamentos con receta médica cubiertos que le corresponde y usted paga la suya (su copago o coseguro). Su parte del costo compartido variará según el medicamento y el lugar donde surta la receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Todo medicamento en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; nivel de menor costo compartido.
- Nivel 2: medicamentos genéricos.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos.
- Nivel 5: medicamentos especiales; nivel de costo compartido más alto.

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

Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia minorista incluida en la red de nuestro plan;
- una farmacia que no está incluida en la red de nuestro plan;
- la farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre sus opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla de costos por el suministro <i>mensual</i> de un medicamento
--------------------	---

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

- "**Copago**" significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- "**Coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto correspondiente al copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento que toma.

Observe:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago indicada en el cuadro, usted pagará ese precio menor por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos recetas médicas despachadas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica despachada en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento con receta médica de la Parte D cubierto:

	Costo compartido minorista estándar (en la red) (hasta un suministro para 31 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro para 31 días)
Nivel 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2	Copago de \$2	Copago de \$2
Nivel 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$45	Copago de \$45	Copago de \$45
Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100
Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos especiales)	30% del costo total	30% del costo total	30% del costo total

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta médica cubre un suministro para todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro para menos de un mes de medicamentos. Es posible que en algunas

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

ocasiones quiera pedirle a su médico que le recete un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando por primera vez un medicamento conocido por tener efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes entero, usted no deberá pagar el suministro para todo el mes para determinados medicamentos.

La cantidad que usted paga cuando recibe un suministro para menos de un mes entero dependerá de si es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted debe pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro para todo un mes o para menos días. Sin embargo, como todo el costo del medicamento será menor si recibe un suministro para menos de un mes entero, la cantidad que usted paga será menor.
- Si usted debe pagar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (el "arancel diario de costo compartido") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
 - A continuación se incluye un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por un suministro para todo un mes (un suministro para 31 días) es de \$31. Esto significa que el monto que abona por día por su medicamento es de \$1. Si recibe el suministro de un medicamento por 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de \$7.

Los costos compartidos diarios le permiten comprobar la eficacia de un medicamento antes de pagar el suministro mensual completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, un suministro para menos de un mes entero de un medicamento o medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas médicas y así ir menos veces a la farmacia. El monto que pagará dependerá del suministro de días que reciba.

Sección 5.4	Tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (de 93 días como máximo) de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado un "suministro prolongado") cuando despacha su receta médica. Un suministro de largo plazo es un suministro para hasta 93 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La tabla a continuación muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro de largo plazo para 93 días como máximo de un medicamento.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

- Tenga en cuenta que: Si sus costos por medicamentos cubiertos cuesta menos que la cantidad del copago indicada en el cuadro, usted pagará ese precio menor por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *de largo plazo* de un medicamento con receta médica de la Parte D cubierto:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (en la red) (hasta un suministro para 93 días)	Costo compartido de pedidos por correo (suministro para 93 días)
Nivel 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$6
Nivel 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	Copago de \$60	Copago de \$60
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$135	Copago de \$135
Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$300	Copago de \$300
Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos especiales)	No hay disponible un suministro de largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año lleguen a los \$3,820
--------------------	--

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta médica que haya surtido y resurtido llegue a un **límite de \$3,820 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que adquirió desde la primera compra del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre el modo en que Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Algunos de estos servicios son:
 - El monto de \$120 que pagó cuando se encontraba en la Etapa de deducible.
 - El total de lo que pagó como parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan pagó** como la parte del costo que le corresponde al plan por los medicamentos que toma durante la Etapa de cobertura inicial. (Si usted estuviera inscripto en otro plan de la Parte D en cualquier período del año 2019, el monto que dicho plan pague durante la Etapa de cobertura inicial también se tendrá en cuenta como parte de sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le servirá para llevar un registro de cuánto gastaron el plan, usted y otros en su nombre, por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$3,820 en un año.

Si alcanza el límite de \$3,820 se lo informaremos. Si lo hace, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa 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 sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo lleguen a \$5,100
--------------------	---

Cuando usted se encuentra en la Etapa sin cobertura, el Programa de Descuentos de Medicare durante la Etapa sin cobertura le brinda descuentos de fabricantes para los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una porción del arancel de preparación para los medicamentos de marca. Tanto el importe pagado por usted como el importe descontado por el

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

fabricante se tienen en cuenta como parte de sus gastos de bolsillo como si usted hubiese pagado estos montos a través de la Etapa sin cobertura.

Usted también obtiene cierta cobertura por medicamentos genéricos. Usted paga, como máximo, el 37% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el importe que paga el plan (63%) no se tiene en cuenta como parte de sus gastos de bolsillo. Solo el importe que usted paga se tiene en cuenta durante la Etapa sin cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 37% del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de gastos de bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2019, dicho monto será de \$5,100.

Medicare tiene normas acerca de qué cuenta y qué *no* cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando llega a un límite de gastos de bolsillo de \$5,100, abandona la Etapa sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta médica
--------------------	--

A continuación, se encuentran las normas de Medicare que debemos cumplir cuando realizamos un seguimiento de sus gastos de bolsillo por medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando usted suma sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos indicados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas del pago de medicamentos:
 - La Etapa de deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa sin cobertura
- Todo pago que haya efectuado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta médica de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los realizan **otras personas u organizaciones determinadas** en su nombre. Esto incluye pagos por medicamentos realizados por un

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, Programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare también están incluidos.

- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuentos de Medicare durante la Etapa sin cobertura están incluidos. El monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca está incluido. Sin embargo, el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasar a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos:

Cuando usted o aquellos que paguen en su nombre hayan gastado un total de \$5,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa sin cobertura a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Cuando usted suma sus costos de bolsillo, **no está permitido incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos con recetas médicas:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Medicamentos con receta médica que se compren fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de cobertura fuera de la red de nuestro plan.
- Medicamentos que no corresponden a la Parte D, incluidos medicamentos con receta médica cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos con receta médica normalmente no cubiertos en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la Etapa sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que son realizados por planes de salud colectivos, incluidos los planes de salud de un empleador.
- Pagos por sus medicamentos efectuados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos efectuados por un tercero con la obligación legal de cubrir el costo de medicamentos con receta médica (por ejemplo, la Ley de indemnización por accidentes de trabajo).

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

Recordatorio: Si cualquier otra organización tal como las indicadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted debe informar al plan. Llame a Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo habla sobre este informe). Cuando alcance un total de \$5,100 en gastos de bolsillo durante el año, este informe le comunicará que ha pasado de la Etapa sin cobertura a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.
- **Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura por eventos catastróficos, el plan paga la mayor parte del costo correspondiente a los medicamentos que toma

Sección 7.1	Una vez que pase a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	---

Podrá pasar a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$5,100 durante el año calendario. Una vez que pase a la Etapa de cobertura por eventos catastróficos, permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo correspondiente a sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será el coseguro o el copago, el que constituya el monto *más elevado*:
 - *ya sea* el coseguro del 5% del costo del medicamento;
 - *o* – \$3.40 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$8.50 para el resto de los medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D**SECCIÓN 8 Lo que usted debe pagar por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las adquiere****Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura distinta para las vacunas de la Parte D en sí mismas y el costo de administrarle la vacuna**

Nuestro plan provee cobertura de varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí misma**. La vacuna es un medicamento con receta médica.
- La segunda parte de la cobertura es el costo por **darle la vacuna**. (Esto a veces se llama la "administración" de la vacuna).

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se lo está vacunando).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre su cobertura de estas vacunas, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede ver estas vacunas indicadas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. En dónde obtiene la vacuna.**
- 3. Quién le da la vacuna.**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces cuando obtiene su vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como de la administración de la vacuna. Puede solicitarle al plan que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- En otras oportunidades, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación hay tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D: Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de deducible de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplican en una farmacia de la red. (Para tener esta opción, depende de donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Deberá pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna más el costo de la aplicación.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

Situación 2: Su médico le aplica la vacuna de la Parte D en el consultorio.

- Cuando recibe la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y de su administración.
- Luego puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde por una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Recibirá un reembolso por el monto abonado menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración) y cualquier diferencia entre el monto que le cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le haremos un reembolso por esa diferencia).

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

- Usted deberá pagar a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total por este servicio. Puede solicitar a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Recibirá un reembolso por el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que le cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le haremos un reembolso por esa diferencia).

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 8.2 Llámenos a Servicio al cliente antes de darse una vacuna

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos para servirle. Le recomendamos que se comunique primero con Servicio al cliente antes de vacunarse. (Los números de teléfono de Servicio al cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle acerca de cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos indicarle cómo reducir su propio costo utilizando proveedores y farmacias de la red.
- Si no puede recurrir a un proveedor ni a una farmacia de la red, podemos informarle qué necesita hacer para que abonemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Solicitar que paguemos nuestra parte
de una factura que ha recibido por
servicios médicos o medicamentos
cubiertos*

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos compartidos de sus servicios o medicamentos cubiertos	155
Sección 1.1	Si paga la parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos que le corresponde a nuestro plan o recibe una factura, puede solicitarnos el pago	155
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le devolvamos dinero o paguemos una factura que ha recibido	158
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago	158
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente	159
Sección 3.1	Verificamos para ver si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos	159
Sección 3.2	Si decimos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación	159
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	160
Sección 4.1	En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo	160

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos compartidos de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga la parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos que le corresponde a nuestro plan o recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--

A veces, cuando obtiene atención médica o un medicamento con receta médica, es necesario que pague el costo total en el momento. Otras veces, es posible que descubra que pagó más de lo esperado según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de estos casos, puede solicitarnos un reintegro (el reintegro a menudo se denomina "reembolso"). Usted tiene derecho a un reembolso cuando haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan.

También puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros la analizaremos y decidiremos si debemos pagar dichos servicios. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Presentamos ejemplos de situaciones en las que quizá deba solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe atención de emergencia o servicios de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red, usted es responsable del pago de su parte del costo, no del costo total. Debe pedirle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga la cantidad total en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos que le reintegremos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya hecho.
- A veces puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura, junto con documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 facturar al plan directamente y solicitarle a usted sólo su parte del costo. No obstante, a veces cometen errores y le piden que pague más que lo que le corresponde.

- Solo debe pagar sus costos compartidos cuando recibe servicios que nuestro plan cubre. No permitimos que los proveedores agreguen cargos separados adicionales, llamados "facturación del saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que su cantidad de costo compartido) corresponde aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio y aun cuando haya una controversia y no paguemos determinados cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldo", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que usted cree que es más de lo que tiene que pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba conforme al plan.

3. Si está inscrito de forma retroactiva en nuestro plan.

A veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber tenido lugar el año anterior).

Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva y usted gastó dinero de su propio bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos la parte de los costos que nos corresponde. Para obtener este reembolso deberá presentar cierta documentación.

Si desea obtener más información sobre cómo pedirnos un reembolso y conocer los plazos para presentar una solicitud de este tipo, comuníquese con Servicios a los miembros. (Los números de teléfono de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si usted va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para despachar una receta médica, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando eso sucede, usted deberá pagar el costo total de su receta médica. (Cubrimos recetas médicas despachadas en farmacias fuera de la red solo en unas pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

5. Cuando paga el costo total de una receta, porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan

Si usted no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede conseguir de inmediato la información de inscripción que necesitan, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de su receta médica.

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

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

Usted puede pagar el costo total de la receta médica porque descubre 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 podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que piensa que no debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para pagar el reembolso de nuestra parte del costo.

7. Si está fuera del país y necesita atención de emergencia o urgencia

Se le reintegrarán los servicios deducibles de Medicare. Cuando solicite el reintegro, debe presentar un resumen desglosado en el que consten los cargos de los servicios recibidos y los comprobantes de pago de esos cargos.

Los comprobantes de pago pueden ser cheques cancelados o un resumen de la tarjeta de crédito en el que figure el cambio de divisas. El resumen desglosado de los cargos debe coincidir con la suma que pagó y cuyo reintegro le solicita a Moda.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*), contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le devolvamos dinero o paguemos una factura que ha recibido****Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago**

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago realizado. Es una buena idea realizar un copia de su factura y recibos para sus registros.

A fin de asegurar que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar un formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No necesita usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.modahealth.com/medicare) o llame a Servicios a los miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

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

Moda Health Plan, Inc.
Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX
P.O. Box 40384
Portland, OR 97240-0384

Fax: 503-948-5577

Debe enviarnos su reclamo médico en el plazo de 365 días a partir de la fecha de recepción del servicio o artículo.

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

Moda Health Plan, Inc.
Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX
P.O. Box 40327
Portland, OR 97240-0327

Fax: 1-800-207-8235

Debe enviarnos su reclamo farmacéutico en el plazo de 60 días a partir de la fecha de recepción del servicio, artículo o medicamento.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Comuníquese con Servicios a los miembros si tiene preguntas (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si quiere darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente

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

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

- Si decidimos que su atención médica o medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para recibir la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que cubramos sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para que cubramos sus medicamentos con receta médica de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explica los motivos por los que no le estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si decimos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el 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 la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca antes presentó una apelación, le resultará útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones relativas a la cobertura y brinda definiciones de términos tales como "apelación". Después de

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

haber leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que indica qué hacer para su situación:

- Si quiere presentar una apelación sobre un reembolso por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación sobre un reembolso por 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, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo
--------------------	---

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos de los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. En cambio, nos está informando de sus pagos para que podamos calcular sus gastos de bolsillo correctamente. Esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura de gastos excedentes más rápido.

A continuación, se mencionan dos situaciones donde debería enviarnos copias de recibos que nos indiquen los pagos que realizó por los medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento por un precio inferior a nuestro precio

A veces, cuando se encuentra en la Etapa de deducible, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O bien, es posible que usted tenga una tarjeta de descuento que esté fuera del beneficio de nuestro plan y ofrezca un precio más bajo.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe encontrarse en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contar sus gastos de bolsillo para calificar para la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.
- **Tenga en cuenta que:** Si se encuentra en la Etapa de deducible, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo nos permite calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto puede ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si recibe algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que pague un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos contar sus gastos de bolsillo para calificar para la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.
- **Tenga en cuenta que:** Debido a que recibe su medicamento a través del programa de asistencia a pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo nos permite calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto puede ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.

Como usted no solicita un pago en los dos casos descritos anteriormente, 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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	164
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que a usted le sea útil (en otros idiomas que no sean el inglés, en caracteres grandes, en formatos alternativos, etcétera)	164
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)	164
Sección 1.2	Debemos darle un trato justo y respetuoso en todo momento.....	165
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	165
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre la salud.....	166
Sección 1.5	Debemos suministrarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos	167
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	168
Sección 1.7	Tiene derecho a presentar quejas y solicitar que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado	170
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando?	171
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	171
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	172
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	172

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que a usted le sea útil (en otros idiomas que no sean el inglés, en caracteres grandes, en formatos alternativos, etcétera)
--------------------	---

Para obtener información de nosotros de una manera que le sirve a usted, por favor llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación gratuitos que están disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidad o que no hablan inglés. Los materiales escritos para este plan están disponibles en español. Llame a Servicios a los miembros si desea una versión en español de cualquier documento de Moda Health HMO Enhanced+RX. Podemos también darle información en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si los necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le sirva a usted, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o póngase en contacto con Dave Nesseler-Cass, director general de cumplimiento.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Centro de apelaciones por asuntos de Medicare de Moda Health (consulte el Capítulo 2, Sección 1). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto viene incluida con esta Evidencia de cobertura o con este correo, o puede comunicarse con Servicios a los miembros (consulte el Capítulo 2 Sección 1) para obtener más información.

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (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. Written materials for this plan are available in Spanish. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats 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 Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact Dave Nesseler-Cass, Chief Compliance Officer.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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 Moda Health's Medicare Appeal and Grievance Unit (see Chapter 2, Section 1). 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 Member Services (see Chapter 2, Section 1) for additional information.

Sección 1.2 Debemos darle un trato justo y respetuoso en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes de protección contra discriminación o trato injusto de los miembros. **No discriminamos** a personas por su raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, tal como un problema con el acceso para sillas de ruedas, en Servicios a los miembros pueden ayudarle.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le preste y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más al respecto). Llame a Servicios a los miembros para conocer qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (tal como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a despachar o resurtir sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto indica qué puede hacer. (Si hemos denegado la cobertura de su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 indica qué puede hacer).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre la salud**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información personal sobre la salud. Protegemos la privacidad de su información personal de salud en cumplimiento de lo dispuesto por estas leyes.

- Su "información personal sobre la salud" incluye la información personal que usted nos suministró cuando se inscribió en este plan, como también sus registros médicos y otra información médica y relativa a la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos respecto de la obtención de la información y el control de cómo se utiliza su información sobre la salud. Le enviaremos una notificación por escrito, denominada "Aviso de Prácticas de Privacidad", que expresa 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 ninguna persona no autorizada vea o modifique sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información médica a alguna persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de obtener primero un permiso por escrito de parte suya*. Los permisos los puede otorgar usted o cualquier persona a la que le haya extendido un poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones en las que no tenemos la obligación de obtener su permiso previo por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Por ejemplo, debemos divulgar información médica a las agencias de gobierno que están verificando la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a suministrarle a Medicare su información sobre la salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros fines, esto se hará conforme a leyes y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y conocer cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que mantiene el plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por realizar copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos que agreguemos algo o hagamos correcciones en sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información sobre la salud con otras personas para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información personal sobre la salud, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.5	Debemos suministrarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro del plan Moda Health HMO Enhanced+RX, tiene derecho a obtener información de diversa índole de nuestra parte. (Como explicamos anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información en un formato que entienda. Esto incluye recibir la información en otros idiomas distintos del inglés y en letras grandes u otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, la información acerca de la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, entre ellas, cómo ha sido calificado por miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para ver una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para ver una lista de las farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*.
 - Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web: www.modahealth.com/medicare.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos.
 - Para ver los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto más la *Lista de medicamentos*

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

cubiertos (Formulario) del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.

- Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información acerca de 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 para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos la decisión. Usted puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma en que cree que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa acerca de cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras cuestiones).
 - Si desea solicitar que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica o por un medicamento con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**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 atención médica cuando concurre por atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *en una forma en que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar por completo en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar lo que cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye que se le

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

informe sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos y a usarlos de forma segura.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe informar de antemano si algún tratamiento o atención médica propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otra instalación médica, aun cuando su médico le aconseja quedarse. Usted también tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar su medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su organismo en consecuencia.
- **Recibir una explicación si se le niega cobertura para la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le ha negado atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión con respecto a la cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo solicitarle al plan una decisión con respecto a la cobertura.

Usted tiene el derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas se vuelven incapaces para tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismas debido a accidentes o a una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si usted desea*, usted puede:

- Completar un formulario escrito para otorgar **la facultad legal a una persona para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si usted se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman "**directivas anticipadas**". Hay diferentes tipos de directivas anticipadas con diferentes nombres. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una "directiva anticipada" para dar sus instrucciones, a continuación le indicamos qué hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de alguna tienda de suministros para oficina. En algunas ocasiones, puede conseguirlo en ciertas organizaciones que informan sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios a los miembros para solicitar

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

los formularios (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde consiga el formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Usted debería darles una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombra en el formulario como la que tomará las decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Considere darles copias también a amigos cercanos o miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado, y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia consigo al hospital.**

- Si es admitido en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su decisión si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo según haya firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y considera que el médico u hospital no siguieron las instrucciones allí estipuladas, puede presentar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad y la regulación de la atención médica. A tal fin, llene el formulario de recepción de queja, que se puede encontrar en el sitio web

<https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement>, y envíelo a la dirección que se indica en este. Si tiene alguna pregunta, llame al 971-673-0540 (los usuarios de TTY deben llamar al 971-673-0372).

Sección 1.7**Tiene derecho a presentar quejas y solicitar que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto indica qué puede hacer. Brinda los detalles sobre cómo resolver todos los tipos de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar solicitarle al plan que tome una decisión con respecto a la cobertura, presentarnos una apelación para cambiar una decisión con respecto a la cobertura o presentar una queja. Cualquier cosa que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o hacer un reclamo, **debemos tratarlo de modo justo.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a recibir un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan anteriormente. Para obtener esta información, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que ha sido tratado de manera injusta o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, 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 local.

¿Se trata de alguna otra cuestión?

Si cree que ha sido tratado de manera injusta o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con este problema:

- Puede **llamar a Servicios a los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios a los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones de Medicare". (Esta publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

A continuación se indica lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). No dude en contactarnos si necesita ayuda.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de *Evidencia de cobertura* para consultar qué incluye la cobertura y las normas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan los detalles de sus servicios médicos, incluido qué está cubierto, qué no está cubierto, las normas a seguir y lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan los detalles de su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta médica además de nuestro plan, es su obligación informarnos. Llame a Servicios a los miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
 - Debemos respetar las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté utilizando toda su cobertura conjuntamente cuando obtiene la cobertura de sus servicios de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando reciba atención médica o medicamentos con receta médica de la Parte D.
- Ayude a sus médicos y otros proveedores brindándoles información, formulando preguntas y realizando un seguimiento de su atención.
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que esté a su alcance acerca de sus problemas de salud y suminístreles la información que necesitan sobre usted y sobre su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerde con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que esté tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas en una forma que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que se comporte de forma tal de ayudar al normal funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que adeude.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe pagar las primas correspondientes.
 - A fin de reunir los requisitos para nuestro plan, debe tener las Partes A y B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para la Parte B de Medicare, lo cual es un requisito para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo compartido cuando recibe el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se explica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta médica de la Parte D.
 - Si recibe un servicio médico o medicamento no cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta médica.
 - Si le corresponde pagar el adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagarlo directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a ver si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si está dejando nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con un plan en su nueva área.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, igual necesitamos saber para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarlo.
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios a los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo contactarnos, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

<u>Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)</u>	
INFORMACIÓN GENERAL	179
SECCIÓN 1 Introducción.....	179
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud	179
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?	179
SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no están vinculadas con nosotros	180
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	180
SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debería usar?	181
Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para decisiones y apelaciones con respecto a la cobertura? ¿O debería usar el proceso para la presentación de reclamos?..	181
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES	182
SECCIÓN 4 Una guía sobre los puntos esenciales de las decisiones con respecto a la cobertura y de las apelaciones	182
Sección 4.1 Solicitar decisiones con respecto a la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general	182
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión con respecto a la cobertura o presentando una apelación.....	183
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles para su situación?	184
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	185
Sección 5.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica.....	185
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura médica que usted desea)...	186
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura médica tomada por nuestro plan)	190
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	193
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por gastos de atención médica?	195

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	197
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	197
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	199
Sección 6.3	Información importante que debe saber sobre la solicitud de excepciones	201
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	202
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión tomada por nuestro plan con respecto a la cobertura).....	206
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	209
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto	211
Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sus derechos	212
Sección 7.2	Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	213
Sección 7.3	Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	216
Sección 7.4	¿Qué pasa si se le vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?217	
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto.....	221
Sección 8.1	<i>Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: Servicios de atención de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>	<i>221</i>
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	222
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	222
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	225
Sección 8.5	¿Qué pasa si se le vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	226

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 9	Elevar su apelación al Nivel 3 y más	229
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones del servicio médico.....	229
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	231
PRESENTACIÓN DE RECLAMOS		232
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes	232
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se gestionan por medio del proceso de reclamos?.....	233
Sección 10.2	El término formal para hacer referencia a “presentar una queja” es “presentar un reclamo”	234
Sección 10.3	Paso a paso: Presentar una queja.....	235
Sección 10.4	Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de mejora de la calidad	237
Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja	237

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)**INFORMACIÓN GENERAL****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud**

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

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones y apelaciones relativas a la cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar una gestión justa y rápida de sus problemas, cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que debemos seguir tanto nosotros como usted.

¿Cuál utiliza? Depende del tipo de problema que esté teniendo. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos por la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales con palabras más sencillas en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usan términos como “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de en riesgo” y “organización de evaluación independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”. También usa las abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces bastante importante– que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos usar lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando se esté ocupando de su problema y conseguir la ayuda o información apropiada para su situación. Para ayudarlo a conocer dichos términos, incluimos términos legales cuando le brindamos información para gestionar ciertos tipos de situaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no están vinculadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Más aún en el caso de que usted no se sienta bien o tenga poca energía. Otras veces, es posible que usted no tenga los conocimientos que necesita para realizar el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Estamos siempre a disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones también querrá ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con consejeros capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros en este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debería usar para la gestión de un problema que está teniendo. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para la gestión de un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación hay dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debería usar?

Sección 3.1	¿Debería usar el proceso para decisiones y apelaciones con respecto a la cobertura? ¿O debería usar el proceso para la presentación de reclamos?
--------------------	---

Si tiene un problema o preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía le ayudará.

Para entender qué parte de este capítulo ayudará con su problema o preocupación específico, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación es sobre sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si una atención médica o medicamento con receta médica en particular está cubierto o no, la forma en la que están cubiertos y problemas relacionados con el pago por atención médica o medicamentos con receta médica).

Sí. Mi problema está relacionado con beneficios o cobertura.

Diríjase a la próxima sección de este capítulo, **Sección 4: "Guía de los principios básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Vaya directo a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes"**.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Una guía sobre los puntos esenciales de las decisiones con respecto a la cobertura y de las apelaciones****Sección 4.1 Solicitar decisiones con respecto a la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general**

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta médica, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usa para asuntos tales como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones con respecto a la cobertura

Una decisión con respecto a la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión con respecto a la cobertura (favorable) para usted cada vez que usted recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo refiere a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión con respecto a la cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a prestarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión con respecto a la cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted siempre que decidimos lo que cubrimos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión con respecto a la cobertura y usted no está conforme con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado con respecto a la cobertura.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión que tomamos con respecto a la cobertura para verificar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es tratada por revisores diferentes a aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando finalizamos la revisión, le damos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que tratamos más adelante, puede solicitar una

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

"decisión rápida con respecto a la cobertura" o acelerada o una apelación rápida de una decisión con respecto a la cobertura.

Si respondemos negativamente a toda o parte de su apelación de Nivel 1, puede avanzar a una apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es llevada a cabo por una organización independiente que no está vinculada con nosotros. (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 solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está de acuerdo con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación.

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión con respecto a la cobertura o presentando una apelación**

¿Le gustaría recibir ayuda? A continuación le indicamos recursos que es posible que quiera usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión con respecto a la cobertura o apelar una decisión:

- **Puede comunicarse con nosotros llamando a Servicios a los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener asistencia gratuita de una organización independiente** que no esté vinculada con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
 - En el caso de atención médica, su médico puede solicitar una decisión con respecto a la cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, será enviada automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - En el caso de medicamentos con receta médica de la Parte D, su médico u otro profesional que emita la receta médica pueden solicitar una decisión con respecto a la cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, debe designar a su médico u otro proveedor como su representante.
- **Puede solicitar a un tercero que actúe en representación suya.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Quizás ya haya otra persona legalmente autorizada para actuar como su representante, de conformidad con las leyes estatales.
 - Si desea que un amigo, pariente, médico, proveedor o cualquier otra persona sea su representante, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

“Designación de Representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>, o en el nuestro, www.modahealth.com/medicare). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted quisiera que actuara en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a contratar un abogado que lo represente.** Usted puede comunicarse con su propio abogado, o conseguir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de referencias. También hay grupos que le prestarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión con respecto a la cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles para su situación?
--------------------	---

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones con respecto a la cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes normas y plazos, le damos los detalles para cada una en una sección distinta:

- La **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- La **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- La **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto"
- La **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto" (*Aplica a estos servicios únicamente: atención médica en el hogar, atención en instalaciones de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes en consulta externa [CORF]*)

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 tiene los números de teléfono de este programa).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)**SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

¿Ha leído la Sección 4 (*Guía de los principios básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones*) de este capítulo? Si no lo hizo, considere leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica

Esta sección habla sobre sus beneficios para atención médica y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto. *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para mayor claridad, generalmente utilizamos la expresión “cobertura médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de utilizar “atención, tratamiento o servicios médicos”.

Esta sección indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea, y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean proporcionarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esa atención.
4. Recibió y pagó atención y servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan, y desea solicitarnos que le reembolsemos ese gasto de atención médica.
5. Le comunicaron que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, previamente aprobada por nosotros, se reducirá o suspenderá, y considera que esa reducción o suspensión podría perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá corresponde a servicios de atención hospitalaria, atención de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección diferente de este capítulo, ya que en estos casos se aplican reglas especiales. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

- Sección 9 del Capítulo 7: *Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si considera que su médico le da el alta demasiado pronto.*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Sección 9 del Capítulo 8: *Cómo solicitarnos que mantengamos la cobertura para ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto.* Esta sección trata sólo tres servicios: atención de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).

Para *todas las demás* situaciones en donde se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo finalizará, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede proceder de la siguiente manera:
¿Quiere saber si cubriremos la atención o servicios médicos que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión con respecto a la cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma en que usted quiere que lo cubramos o paguemos?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita que reconsideremos la decisión). Diríjase directamente a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Desea pedirnos que le reembolsemos dinero por atención o servicios médicos que usted ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Diríjase directamente a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura médica que usted desea)

Términos legales

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

Paso 1: Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que usted pide. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una "**decisión de cobertura rápida**".

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Términos legales

A la decisión de cobertura rápida también se la denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante.
- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión con respecto a la cobertura de su atención médica*.

Generalmente usamos el plazo estándar para informarle nuestra decisión

Para darle nuestra decisión, emplearemos los plazos "estándares", salvo que hayamos acordado emplear los plazos "rápidos". **Una decisión estándar con respecto a la cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, puede llevarnos hasta 14 días calendario más** si usted pide más tiempo o si necesitamos información (tal como registros médicos de proveedores fuera de la red) que puede beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- Si usted cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones con respecto a la cobertura y para apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulta la Sección 10 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

- **Una decisión rápida con respecto a la cobertura significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
 - **No obstante, nos puede llevar hasta 14 días calendario más** si encontramos que falta alguna información que puede beneficiarlo (tal como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para conseguirnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo haremos saber por escrito.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Si usted cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como se tome una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida con respecto a la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita cobertura para atención médica que *aún no recibió*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita el pago de atención médica que ya recibió).
 - Usted puede obtener una decisión rápida con respecto a la cobertura *solo* si el empleo de los plazos estándares podría *causarle un grave perjuicio a su salud o dañar su rendimiento*.
- **Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar dicha decisión.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida con respecto a la cobertura, le enviaremos una carta que le informe eso (y emplearemos, en cambio, los plazos estándares).
 - Esta carta indicará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
 - La carta también indicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar 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 de cobertura rápida”

- Generalmente, para una decisión rápida con respecto a la cobertura, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Como se explica anteriormente, nos puede llevar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión con respecto a la cobertura, se lo haremos saber por escrito.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Si usted cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si se extiende el período de tiempo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión con respecto a la cobertura, autorizaremos o proveeremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar”

- Generalmente, para una decisión estándar con respecto a la cobertura, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario de recibir su solicitud**.
 - Nos puede llevar hasta 14 días calendario más (“un período de tiempo extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión con respecto a la cobertura, se lo haremos saber por escrito.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si se extiende el período de tiempo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de los 14 días de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión con respecto a la cobertura, autorizaremos o proveeremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 3: Si nuestra respuesta es negativa para su solicitud de cobertura médica, usted decide si desea apelar.

- Si respondemos negativamente, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos –y quizás cambiemos– esta decisión presentando una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales
La apelación al plan por la decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el apartado “*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre una decisión de cobertura de atención médica*” en la Sección 1 del Capítulo 2.
- **Si solicita una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.**
 - Si usted desea que otra persona, que no es su médico, apele nuestra decisión en representación suya, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a dicha persona a actuar como su representante. Para recibir el formulario, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare, <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>, o en el nuestro, www.modahealth.com/medicare. Aunque podemos aceptar una solicitud de

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

apelación sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión acerca de su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a solicitar que la Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre una decisión de cobertura de atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión con respecto a la cobertura. Si se le vence este plazo y tiene una buena razón para ello, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena razón para que se le venza el plazo pueden ser que haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le suministramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. Tenemos permitido cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede presentar una solicitud llamándonos)

Términos legales
A la "apelación rápida" también se la denomina "reconsideración acelerada".

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de cobertura para atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para conseguir una "decisión rápida con respecto a la cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida con respecto a la cobertura. (Estas instrucciones se incluyen anteriormente en esta sección).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, se la concederemos.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan evalúa su apelación, analizamos detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando respondimos negativamente a su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Cuando empleamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede llevarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, le enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si estamos empleando los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** de recibir su apelación si su apelación se trata de cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede llevarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Si usted cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo anteriormente indicado (o al finalizar el período de prórroga si nos tomamos más tiempo), debemos enviar su solicitud al proceso de Apelación de Nivel 2, en el cual una organización independiente revisará su caso. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos toda o una parte de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, le enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de evaluación independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde negativamente a parte o toda su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las normas cuando respondimos negativamente a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando lo hacemos, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2
--------------------	--

Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión adoptada debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la Organización de evaluación independiente es “ entidad de revisión independiente ”. En algunas ocasiones se la denomina por la sigla [en inglés] “IRE”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 1: La Organización de evaluación independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para cumplir el rol de Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Tenemos permitido cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a suministrarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente harán una lectura atenta de toda la información relacionada con su apelación.

Si ha realizado una “apelación rápida” en el Nivel 1, también podrá realizar una “apelación rápida” en el Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2 La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario más.**

Si ha realizado una “apelación estándar” en el Nivel 1, también podrá realizar una “apelación estándar” en el Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2 La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de evaluación independiente le dará su respuesta.

La Organización de revisión independiente le informará de su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

- **Si la organización de revisión responde afirmativamente a parte o a todo lo que usted solicitó,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o prestar el servicio dentro de los 14 días calendario de recibir la decisión de la organización de revisión en el caso de solicitudes estándares o dentro de las 72 horas

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión en el caso de solicitudes aceleradas.

- **Si esta organización deniega toda o una parte de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se lo denomina “denegar su apelación”).
 - Si la Organización de evaluación independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que está solicitando debe alcanzar un mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer la cantidad monetaria para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación al siguiente nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- En la Apelación de Nivel 3 interviene un Juez de derecho administrativo o adjudicador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por gastos de atención médica?
--------------------	---

Si desea solicitarnos que paguemos atención médica, comience por leer el Capítulo 7: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde por una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación en donde nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión con respecto a la cobertura

Si nos envía la documentación que nos solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión con respecto a la cobertura (para obtener más información sobre las decisiones con respecto a la cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión con

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

respecto a la cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*). También evaluaremos si cumplió todas las normas para usar su cobertura médica (estas normas se explican en el Capítulo 3: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención médica dentro de los 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. O bien, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Al enviar el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud de una decisión con respecto a la cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió todas las normas, no enviaremos ningún pago. En cambio, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos los servicios y los motivos explicados detalladamente. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud de una decisión con respecto a la cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos con respecto a la cobertura cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de recibir su apelación. (Si nos está solicitando un reembolso por atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 (*Guía de los principios básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones*) de este capítulo? Si no lo hizo, considere leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos con receta médica. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que esté cubierto, el medicamento debe administrarse según una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento con receta médica para paciente ambulatorio cubierto" o "medicamento de la Parte D" todas las veces.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones a la cobertura, e información de los costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

Decisiones con respecto a la cobertura y apelaciones de la Parte D

Según se trató en la Sección 4 de este capítulo, una decisión con respecto a la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
La decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

A continuación, se incluyen ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos respecto de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita una excepción, que incluye:
 - solicitud para que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan;
 - solicitud para que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite a la cantidad del medicamento que puede recibir);
 - Solicitud de pago de un monto inferior de costo compartido por un medicamento cubierto que corresponde a un nivel de costo compartido más alto.
- Usted nos consulta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de las normas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero usted debe tener nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
 - *Tenga en cuenta que:* Si su farmacia le dice que su receta médica no se puede despachar tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión con respecto a la cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento con receta médica que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión con respecto a la cobertura acerca del pago.

Si no está de acuerdo con una decisión con respecto a la cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones con respecto a la cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para determinar qué parte contiene información para su situación:

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple las normas o restricciones del plan (tal como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p>	<p>¿Quiere solicitarnos que le reembolsemos por un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p>	<p>¿Ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma en que usted quiere que lo cubramos o paguemos?</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión con respecto a la cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>Puede solicitarnos una decisión con respecto a la cobertura. Diríjase directamente a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión con respecto a la cobertura). Diríjase directamente a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos la decisión). Diríjase directamente a la Sección 6.5 de este capítulo.</p>

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que usted querría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión con respecto a la cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones con respecto a la cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro profesional que emita la receta médica deberán explicar los motivos médicos por los cuales usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, se mencionan tres ejemplos de excepciones que usted o su doctor u otra persona que recete medicamentos pueden pedirnos:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (La llamamos la "Lista de medicamentos" de forma abreviada).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Términos legales

La solicitud de cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos se denomina “**excepción de formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que corresponda a los medicamentos del nivel 4, en el caso de los de marca, o del Nivel 2, en el caso de los genéricos. No puede pedir una excepción a la cantidad del copago o del coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción a nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

La solicitud de eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina solicitud de “**excepción de formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales para la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - *Solicitarle el uso de la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Solicitarle la autorización al plan por anticipado* antes de aceptar la cobertura del medicamento para usted. (Esto se denomina "autorización previa").
 - *Solicitarle que pruebe un medicamento diferente* antes de que aceptemos la cobertura del medicamento que usted solicita. (En ocasiones, esto se denomina “tratamiento escalonado”).
 - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, existen restricciones respecto de la cantidad del medicamento que puede recibir.
- Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, puede solicitar una excepción por el monto de copago o coseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todo medicamento en nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo es el nivel de costo compartido, menos será lo que pague como su parte del costo del medicamento.

Términos legales

La solicitud de pago de un precio menor para un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitud de “**excepción de niveles**”.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior que nuestro medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde al medicamento alternativo. Esto reduciría su parte del costo de un medicamento.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto del costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto del costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos cambiar el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de niveles y existe más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente deberá pagar el monto menor.

Sección 6.3 Información importante que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que emita la receta médica deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emita la receta médica cuando solicite la excepción.

Por lo general, 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 sería tan eficaz como el medicamento que usted está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si solicita una excepción de niveles, por lo general, *no* la

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

aprobaremos a menos que no haya ningún medicamento alternativo de nivel de costo compartido inferior que le funcione igual de bien.

Nuestra respuesta a su solicitud puede ser afirmativa o negativa

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta la finalización del año del plan. Esto es así siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y dicho medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una evaluación de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 indica cómo presentar una apelación si respondemos negativamente.

La sección siguiente le dice cómo solicitar una decisión con respecto a la cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pagos que necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión rápida con respecto a la cobertura si está pidiendo que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión con respecto a la cobertura que desea.** Comience llamándonos, escribiéndonos o enviándonos un fax para presentar su solicitud. Esto lo puede hacer usted, su representante o su médico (u otro profesional que emita la receta médica). También puede tener acceso al proceso de decisión con respecto a la cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección llamada: *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión con respecto a la cobertura sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D*. O si nos está pidiendo que le reembolsemos un medicamento, vaya a la sección llamada: *A dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que usted ha recibido*.
- **Usted o su médico u otra persona que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión con respecto a la cobertura. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento,** comience leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde por una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales puede necesitar pedir un reembolso.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

También indica cómo enviarnos la documentación que solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.

- **Si solicita una excepción, debe presentar la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro proveedor deben indicarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (Esto se denomina “declaración de respaldo”). Su médico u otro proveedor pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro proveedor pueden llamarnos por teléfono y luego enviar una declaración escrita por fax o por correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluida una solicitud presentada en el formulario modelo para solicitud de determinación de cobertura de los CMS o a través del formulario de nuestro plan, que se encuentran disponibles en nuestro sitio web.
- Usted, su representante o su médico (u otro profesional que emita recetas) pueden presentar una solicitud de determinación de cobertura en forma electrónica a través de nuestro formulario seguro, al cual se puede acceder en <https://www.modahealth.com/webforms/medicare/partd/medicareForm.html>. Complete toda la información requerida, adjunte todos los documentos comprobatorios y envíelo.

Términos legales
A la decisión de cobertura rápida también se la denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

- Para darle nuestra decisión, emplearemos los plazos "estándares", salvo que hayamos acordado emplear los plazos "rápidos". Una decisión estándar con respecto a la cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida con respecto a la cobertura significa que responderemos dentro de las 24 horas de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida con respecto a la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida con respecto a la cobertura *solo* si está solicitando por un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede conseguir una decisión rápida con respecto a la cobertura si está pidiendo que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
 - Usted puede obtener una decisión rápida con respecto a la cobertura *solo* si el empleo de los plazos estándares podría *causarle un grave perjuicio a su salud o dañar su rendimiento*.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Si su médico u otro profesional que emita sus recetas médicas nos informara que su salud requiere una “decisión rápida con respecto a la cobertura”, accederemos automáticamente a darle una decisión rápida con respecto a la cobertura.**
- Si solicita una decisión rápida con respecto a la cobertura por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que emita la receta médica), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida con respecto a la cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida con respecto a la cobertura, le enviaremos una carta que le informe eso (y emplearemos, en cambio, los plazos estándares).
 - Esta carta le informará que si su médico u otro profesional que emita la receta médica solicitan la decisión rápida con respecto a la cobertura, daremos automáticamente una decisión rápida con respecto a la cobertura.
 - La carta también indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar con respecto a la cobertura en lugar de la decisión rápida con respecto a la cobertura que usted solicitó. Esta carta explica cómo presentar un “reclamo rápido”, lo que significa que obtendrá una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones con respecto a la cobertura y para 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 de cobertura rápida”

- Si empleamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas de recibir la declaración de su médico en respaldo de su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 24 horas de recibir su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le informaremos cómo apelar.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Si empleamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas de recibir la declaración de su médico en respaldo de su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos toda o una parte de su solicitud**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos accedido a proveer **dentro de las 72 horas** de recibir su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si rechazamos toda o una parte de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle el motivo de nuestra denegación y la forma de apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos toda o una parte de su solicitud**, también debemos enviarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos toda o una parte de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle el motivo de nuestra denegación y la forma de apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos negativamente a su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si respondemos negativamente, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedimos que reconsideremos –y posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión tomada por nuestro plan con respecto a la cobertura)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión con respecto a la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama “reconsideración” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante o su médico u otro profesional que emita la receta médica) deben comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el apartado “*Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D*” en la Sección 1 del Capítulo 2.
- **Si solicita una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita**, incluida una solicitud presentada en el formulario modelo para solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- Usted, su representante o su médico (u otro profesional que emita recetas) pueden presentar una solicitud de apelación en forma electrónica a través de nuestro formulario seguro, al cual se puede acceder en <https://www.modahealth.com/webforms/medicare/partd/medicareRedeterminationForm.html>. Complete toda la información requerida, adjunte todos los documentos comprobatorios y envíelo.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión con respecto a la cobertura. Si se le vence este plazo y tiene una buena razón para ello, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena razón para que se le venza el

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

plazo pueden ser que haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le suministramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. Tenemos permitido cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si desea, usted y su médico u otro profesional que emita la receta médica pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina una “reconsideración acelerada”.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que emita la receta médica deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando estamos revisando su apelación, hacemos otra lectura atenta de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando respondimos negativamente a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro profesional que emita la receta médica para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si empleamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si considera que su estado de salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos toda o una parte de su solicitud**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos tan pronto como su afección médica lo requiera, pero **sin superar los 7 días calendario** a partir de la fecha de recepción de su apelación.
 - Si aprobamos la solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos toda o una parte de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle el motivo de nuestra denegación y la forma de apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le contamos acerca de esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos toda o una parte de su solicitud**, también debemos enviarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Si rechazamos toda o una parte de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle el motivo de nuestra denegación y la forma de apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos negativamente a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si respondemos negativamente a su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos negativamente a su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si decide avanzar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** hace una revisión de la decisión que adoptamos cuando nuestra respuesta fue negativa a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión adoptada debería cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la Organización de evaluación independiente es “**entidad de revisión independiente**”. En algunas ocasiones se la denomina por la sigla [en inglés] “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro proveedor) debe contactarse con la Organización de evaluación independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si respondemos negativamente a su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de revisión independiente, le enviaremos la información que tenemos acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Tenemos permitido cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a suministrarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 2: La Organización de evaluación independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente harán una lectura atenta de toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si es necesario por su salud, pídale a la Organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente responde afirmativamente a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de evaluación independiente le da una respuesta afirmativa a todo o parte de lo que solicita**
 - Si la Organización de evaluación independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindarle la cobertura de un medicamento** que fue aprobada por la organización de evaluación **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de hacerle un reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se lo denomina “denegar su apelación”).

Si la Organización de evaluación independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Aun así, para presentar otra apelación en el Nivel 3, existe un requisito de costo mínimo para la cobertura del medicamento que solicita. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. La notificación que reciba de la Organización de revisión independiente le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted decide si desea llevar su apelación al siguiente nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, recibirá la información sobre cómo hacerla en una notificación escrita luego de su segunda apelación.
- En la Apelación de Nivel 3 interviene un Juez de derecho administrativo o adjudicador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando es admitido en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación sobre esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para cuando sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que deje el hospital.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- El día en que deja el hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y su solicitud será considerada. Esta sección le informa cómo solicitarlo.

Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sus derechos
--------------------	---

Durante su estadía en el hospital cubierta, recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son admitidas en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero) debe dársela dentro de los dos días de su admisión. Si no recibe esta notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea esta notificación detenidamente y haga preguntas si no entiende algo.** Esta notificación describe sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, ordenados por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos.
 - Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
 - Dónde denunciar cualquier preocupación sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar una decisión de alta si piensa que le dieron el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
<p>La notificación por escrito de Medicare explica cómo puede “solicitar una revisión inmediata”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir que se retrase su fecha de alta de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).</p>

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

2. Debe firmar esta notificación por escrito para dar fe de que la ha recibido y que entiende sus derechos.

- Usted o alguien en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede autorizar por escrito a alguna otra persona para que actúe como su representante).
- La firma en esta notificación acredita *únicamente* que ha recibido la información concerniente a sus derechos. Esta notificación no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha de alta). La firma de la notificación **no significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. Conserve su copia de esta notificación firmada para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo denunciar una preocupación sobre la calidad de la atención) en el caso de que la necesite.

- Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha en que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) 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 consultarla en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 7.2	Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si desea solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, será necesario que haga uso del proceso de apelaciones para hacer este pedido. Antes de empezar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada uno de los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explican a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se apliquen a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización de mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es apropiada para usted desde el punto de vista médico.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de mejora de la calidad correspondiente a su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben su pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de personas con Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de mejora de la calidad *antes* de dejar el hospital y, **a más tardar, en su fecha de alta programada.** (Su "fecha de alta programada" es la fecha que se ha establecido para que deje el hospital).
 - Si cumple este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión de la Organización de mejora de la calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital con posterioridad a la fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de dicha fecha de alta planificada.
- Si se le venció el plazo para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad para hacer su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización de mejora de la calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que está solicitando a la organización que emplee plazos "rápidos" para una apelación en lugar de emplear los plazos estándares.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Términos legales

Esta **revisión rápida** también se llama “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización de mejora de la calidad (los denominaremos "los revisores" de forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y harán una revisión de la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informaron a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito que proporciona su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Notificación detallada del alta**”. Puede obtener un modelo de esta notificación llamando a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) 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). O puede consultar un modelo de la notificación en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Paso 3: Dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria, la Organización de mejora de la calidad responderá su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de evaluación le da una respuesta *afirmativa* a su apelación, **debemos continuar brindándole cobertura de servicios para pacientes internados durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones sobre sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de evaluación le da una respuesta *negativa* a su apelación, significa que nuestra fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finalizará** a las 12 p. m. del día *posterior* a la recepción de la respuesta a su apelación por parte de la Organización de mejora de la calidad.
- Si la organización de revisión responde *negativamente* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de mejora de la calidad le dé su respuesta 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 de mejora de la calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasará automáticamente al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si la Organización de mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización de mejora de la calidad que vuelva a analizar la decisión adoptada en su primera apelación. Si la Organización de mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

Aquí presentamos los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Puede ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad nuevamente y solicitar una nueva revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de mejora de la calidad respondió *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización de mejora de la calidad harán otra lectura atenta de toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los evaluadores de la Organización de mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión responde afirmativamente:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que hubiera recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en la que su primera apelación fuese rechazada por la Organización de mejora de la calidad. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde negativamente:

- Significa que están de acuerdo con la decisión adoptada en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- La notificación que reciba indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Explicará cómo pasar al siguiente nivel de apelación, en el que interviene un juez de derecho administrativo o adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y avanzar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o avanzar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o adjudicador.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué pasa si se le vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En lugar de ello, puede presentar una apelación ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad para iniciar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y a más tardar en su fecha de alta planificada). Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera para presentar su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Si usted hace uso de esta otra manera para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de la apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicita una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que emplea plazos acelerados en lugar de plazos estándares.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina " apelación acelerada ".

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección llamada: *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Ello significa que nos está solicitando una respuesta que emplee plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta programada para verificar que haya sido médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información concerniente a su estadía en el hospital. Verificamos si la fecha de alta planificada era apropiada desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión concerniente a cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las normas.
- En esta situación, emplearemos plazos "rápidos" en lugar de plazos estándares para dar una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si le damos una respuesta afirmativa a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y le seguiremos brindando servicios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Si le damos una respuesta negativa a su apelación rápida**, significa que consideramos que su fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios para pacientes internados finalizará el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es probable que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación rápida es *negativa*, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de estar cumpliendo con todas las normas cuando denegamos una apelación rápida, **se nos exige que enviemos su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando lo hacemos, significa que usted pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** hace una revisión de la decisión que adoptamos cuando nuestra respuesta a su “apelación rápida” fue negativa. Esta organización decide si la decisión adoptada debería cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la Organización de evaluación independiente es “ entidad de revisión independiente ”. En algunas ocasiones se la denomina por la sigla [en inglés] “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Se nos exige que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de las 24 horas de haber dado una respuesta negativa a su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo, o con otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar un reclamo).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 2: La Organización de evaluación independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para cumplir el rol de Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente harán una lectura atenta de toda la información relacionada con su apelación concerniente a su alta hospitalaria.
- **Si esta organización responde *afirmativamente* a su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle) a usted nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde su fecha de alta planificada. También deberemos continuar la cobertura del plan de sus servicios para pacientes internados durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar cuánto habremos de reembolsar o cuánto tiempo continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización responde *negativamente* a su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue apropiada desde el punto de vista médico.
 - La notificación que reciba de la Organización de revisión independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Explicará cómo pasar a una apelación de Nivel 3, en la que interviene un juez de derecho administrativo o adjudicador.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden negativamente a su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o si avanza al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: Servicios de atención de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

Esta sección aborda los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Los servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo.
- **La atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en instalaciones de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para que se consideren “instalaciones de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **Servicios de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Usualmente, esto significa que está recibiendo un tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de instalaciones, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando usted recibe estos tipos de atención, tiene el derecho de recibir sus servicios cubiertos según ese tipo de atención tanto tiempo como sea necesaria la atención a los fines de diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluso su parte del costo compartido y las limitaciones a la cobertura que puedan aplicarse, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Si decidimos suspender su cobertura para alguno de estos tres tipos de atención, debemos comunicárselo con anticipación. Cuando finalice su cobertura para dicha atención, *dejaremos de pagar la parte del costo que nos corresponde por su atención*.

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que su plan deje de cubrir su atención, recibirá una notificación.
 - La notificación por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - La notificación por escrito también le informa qué hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie esta decisión respecto de cuándo finalizar su atención y continúe con la cobertura durante un período más prolongado.

Términos legales

Al explicarle lo que puede hacer, la notificación le informa cómo puede solicitar una “**apelación por vía rápida**”. La solicitud de una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión con respecto a la cobertura acerca de cuándo interrumpir su atención. (La Sección 7.3 a continuación informa cómo puede solicitar una apelación inmediata).

La notificación por escrito se denomina “**Notificación de interrupción de la cobertura de Medicare**”. Para obtener un modelo de esta notificación, llame a Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O consulte una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. **Debe firmar la notificación por escrito para acreditar que la recibió.**
 - Usted o alguien en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 le informa cómo puede autorizar por escrito a alguna otra persona para que actúe como su representante).
 - La firma de esta notificación *solo* indica que usted recibió la información sobre la finalización de la cobertura. **La firma de esta notificación no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de finalizar la cobertura de su atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, será necesario que haga uso del proceso de apelaciones para hacer este pedido. Antes de empezar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada uno de los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explican a continuación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se apliquen a lo que usted debe hacer. También hay plazos con los que nuestro plan debe cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la Sección 10 de este capítulo que le informa cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si presenta una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización de mejora de la calidad evalúa y determina si la decisión que tomó nuestro plan debe ser modificada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Póngase en contacto con la Organización de mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que reciben su pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención recibida por personas que tienen Medicare y hacen la revisión de las decisiones del plan respecto del momento de interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una "apelación por vía rápida" (para que realice una revisión independiente) respecto de si es apropiado desde el punto de vista médico que interrumamos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Debe ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad para iniciar su apelación *a más tardar al mediodía del día posterior a haber recibido la notificación por escrito que le informa cuándo interrumpiremos la cobertura de su atención.*
- Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad respecto de su apelación, puede presentar en su lugar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización de mejora de la calidad (los denominaremos "los revisores" de forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y hará una revisión de la información que nuestro plan le haya entregado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, también recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que explicaremos en detalle los motivos de finalización de nuestra cobertura para sus servicios.

Términos legales
Esta notificación explicativa se denomina "Explicación Detallada de la No Cobertura".

Paso 3: Dentro de las 24 horas posteriores a la obtención de toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden afirmativamente a su apelación?

- Si los revisores responden *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar con la prestación de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores responden negativamente a su apelación?

- Si los revisores responden *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos avisado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por dicha atención a partir de la fecha que figure en la notificación.
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención de la salud en el hogar, en el centro de enfermería especializada o en el centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza la cobertura, usted mismo **deberá pagar el costo total** de dicha atención.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que usted presenta corresponde al "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores responden *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y usted opta por seguir recibiendo atención después de que la cobertura de esta atención ha finalizado, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted pasará automáticamente al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización de mejora de la calidad rechaza su apelación y usted opta por seguir recibiendo atención después de que la cobertura de esta atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización de mejora de la calidad que vuelva a analizar la decisión adoptada en su primera apelación. Si dicha organización deniega su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención de la salud en el hogar, el centro de enfermería especializada o el centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) que haya recibido *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Aquí presentamos los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Puede ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad nuevamente y solicitar una nueva revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de mejora de la calidad respondió *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

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

- Los revisores de la Organización de mejora de la calidad harán otra lectura atenta de 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 responde afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención recibida desde la fecha en que informamos que su cobertura finalizaría. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención tanto tiempo como sea médicamente necesario.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de evaluación deniega su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la modificará.
- La notificación que reciba indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Explicará cómo pasar al siguiente nivel de apelación, en el que interviene un juez de derecho administrativo o adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea llevar su apelación al siguiente nivel.

- Existen otros tres niveles de apelación posteriores al Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o avanzar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o adjudicador.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué pasa si se le vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En lugar de ello, puede presentar una apelación ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, a lo sumo). Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera para presentar su apelación. Si usted hace uso de esta otra manera para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de la apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización de mejora de la calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicita una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que emplea plazos acelerados en lugar de plazos estándares.

A continuación presentamos los pasos para la apelación de Nivel 1 alternativa:

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección llamada: *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Ello significa que nos está solicitando una respuesta que emplee plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de nuestra decisión acerca de la fecha de finalización de cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos otra vez toda la información concerniente a su caso. Verificamos nuestro cumplimiento con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que estaba recibiendo.
- Emplearemos plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para dar una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si le damos una respuesta afirmativa a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita recibir los servicios por más tiempo y le seguiremos brindando los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo los servicios de atención de la salud en el hogar, el centro de enfermería especializada o el centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría, **usted deberá pagar el costo total** de dicha atención.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de estar cumpliendo con todas las normas cuando denegamos una apelación rápida, **se nos exige que enviemos su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando lo hacemos, significa que usted pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** hace una revisión de la decisión que adoptamos cuando nuestra respuesta a su “apelación rápida” fue negativa. Esta organización decide si la decisión adoptada debería cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la Organización de evaluación independiente es “**entidad de revisión independiente**”. En algunas ocasiones se la denomina por la sigla [en inglés] “IRE”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente.

- Se nos exige que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de las 24 horas de haber dado una respuesta negativa a su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo, o con otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de evaluación independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para cumplir el rol de Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente harán una lectura atenta de toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde *afirmativamente* a su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle) a usted nuestra parte de los costos de atención que hubiese

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

recibido desde la fecha en que informamos que su cobertura finalizaría. Debemos continuar brindando cobertura para la atención tanto tiempo como sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar cuánto habremos de reembolsar o cuánto tiempo continuaremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización responde *negativamente* a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión adoptada por nuestro plan con respecto a su primera apelación y no la cambiará.
 - La notificación que reciba de la Organización de revisión independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo avanzar a la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles de apelación posteriores al Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores le dan una respuesta negativa a su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o adjudicador.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Elevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones del servicio médico

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del producto o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito recibida a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en gran medida de igual manera. Aquí presentamos a quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o adjudicador responde afirmativamente a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* tanto terminar como *no*.** Nosotros decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 4. A diferencia de la decisión en el Nivel 2 (Organización de evaluación independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o brindarle a usted el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a haber recibido la decisión del juez de derecho administrativo o adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documentación acompañante. Podemos esperar a la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o de brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o adjudicador responde negativamente a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* tanto terminar como *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión por la cual se rechaza su apelación, se da por finalizado el proceso de apelación.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o adjudicador responde negativamente a su apelación, la notificación que usted reciba le informará qué hacer si opta por continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* finalizar o *no*:** decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión en el Nivel 2 (Organización de evaluación independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o brindarle a usted el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a haber recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega su solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* finalizar o *no*.**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- Si usted decide aceptar esta decisión por la cual se rechaza su apelación, se da por finalizado el proceso de apelación.
- Si usted no desea aceptar la decisión, podría estar en condiciones de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas se lo permiten, la notificación por escrito también le informará a quién contactar y qué hacer si opta por continuar con su apelación.

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 apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede resultarle útil si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda avanzar a los niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito recibida a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en gran medida de igual manera. Aquí presentamos a quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelación.** Se ha aprobado lo que usted ha solicitado en la apelación. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibida la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede tanto terminar como no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión por la cual se rechaza su apelación, se da por finalizado el proceso de apelación.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o adjudicador responde

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

negativamente a su apelación, la notificación que usted reciba le informará qué hacer si opta por continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de apelaciones** (Consejo) de Medicare hará la revisión de su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelación.** Se ha aprobado lo que usted ha solicitado en la apelación. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibida la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* tanto terminar como *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión por la cual se rechaza su apelación, se da por finalizado el proceso de apelación.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, podría estar en condiciones de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, la notificación que reciba indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas se lo permiten, la notificación por escrito también le informará a quién contactar y qué hacer si opta por continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** hará la revisión de su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes**



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, esta sección *no está destinada a usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones y apelaciones con respecto a la cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se gestionan por medio del proceso de reclamos?

Esta sección explica cómo hacer uso del proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Ello incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Presentamos a continuación los tipos de problemas manejados mediante el proceso de quejas.

Si usted tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Reclamo:	Ejemplo:
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la calidad de la atención recibida (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que, a su criterio, debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona ha sido grosera o irrespetuosa con usted? • ¿Está disconforme con la forma en que los representantes de Servicios a los miembros lo han tratado? • ¿Considera que se lo ha invitado a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o ha estado esperando demasiado para conseguirla? • ¿Ha estado esperando demasiado tiempo a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O ha estado esperando demasiado a los representantes de Servicios a los miembros o demás personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, para recibir una receta médica o en la sala de examinación.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?
La información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no ha recibido una notificación de nuestra parte que deberíamos haberle informado? • ¿Considera que la información escrita que le hemos brindado es difícil de entender?

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Reclamo:	Ejemplo:
<p>Puntualidad (Este tipo de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en cuanto a las decisiones y apelaciones con respecto a la cobertura)</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión con respecto a la cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o está presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>No obstante, si ya nos ha solicitado una decisión con respecto a la cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no le estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación presentamos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y nosotros nos negamos a hacerlo, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a su apelación, puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que realizamos y se nos ordena que cubramos o reembolsemos el pago de ciertos servicios médicos o medicamentos, debemos respetar ciertos plazos. Si considera que no cumplimos dichos plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una respuesta a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización de evaluación independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 El término formal para hacer referencia a “presentar una queja” es “presentar un reclamo”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “queja” también se denomina “reclamo”.
- Otra manera de decir “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.
- Otra manera de decir “usar el proceso para quejas” es “usar el proceso para presentar un reclamo”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)**Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja****Paso 1: Póngase en contacto inmediatamente, por teléfono, o bien, por escrito.**

- **Normalmente, llamar a Servicios a los miembros es el primer paso.** Si hay algo más que es necesario hacer, Servicios a los miembros se lo hará saber. Comuníquese con Servicios a los miembros al **1-877-299-9062 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**. El horario de Servicios a los miembros es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado. Si deja un mensaje, diga su nombre, número y hora de llamada, y un representante de Servicios a los miembros se pondrá en contacto con usted al siguiente día hábil).
- **Si no desea llamarnos (o si ya ha llamado y no quedó satisfecho), puede presentar una queja por escrito y enviárnosla.** Si nos presenta una queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - Tanto usted, el miembro, como el representante autorizado, el representante legal o cualquier otro proveedor pueden presentar un reclamo. El reclamo se debe presentar en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del evento o incidente que es objeto de causa del reclamo. Si se pasa de ese período, todavía se puede presentar un reclamo y solicitar una extensión del plazo. La solicitud debe hacerse por escrito e incluir la razón por la que no presentó el reclamo a tiempo. La solicitud debe hacerse por escrito e incluir la razón por la que no presentó el reclamo a tiempo.
 - Puede enviarnos el reclamo **por correo** a la siguiente dirección:

Moda Health Plan, Inc.
Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit
P.O. Box 40384
Portland, OR 97240-0384
 - O bien, enviarlo **por fax** a la siguiente dirección:

503-412-4003
Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit
 - También se lo puede hacer **en persona** en la siguiente dirección:

Moda Health Plan, Inc.
601 S.W. Second Ave. Suite 700
Portland, OR 97204
 - Si **llama** a Servicios a los miembros al 1-877-299-9062, (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes entre las 7 a.m. y 8 p. m., hora del Pacífico, un representante le tomará el reclamo y le leerá lo que ha asentado por escrito para

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

- confirmar su exactitud. El reclamo llevará hora y fecha. Si presenta el reclamo por correo, por fax o en persona, en la carta figurará la fecha de recepción.
- Debemos resolver su reclamo tan pronto como su caso lo exija sobre la base de su estado de salud, pero no más de 30 días después de haberla recibido. Podemos extender el plazo hasta 14 días si solicita la extensión o si consideramos que se necesita información adicional y la demora es para su beneficio.
 - Si denegamos una solicitud de determinación de cobertura “rápida”, una determinación de la organización “rápida”, una redeterminación “rápida” o una apelación “rápida” y usted aún no ha recibido el medicamento o servicio, o si extendemos el plazo para una determinación de cobertura “rápida”, una determinación de la organización “rápida”, una redeterminación “rápida” o una apelación “rápida” si usted aún no ha recibido el medicamento o servicio, tiene derecho a presentar un reclamo “rápido.” Indique claramente en la solicitud si quiere presentar **UNA SOLICITUD DE RECLAMO RÁPIDO**. Los reclamos “rápidos” se pueden hacer por **teléfono (al 1-866-796-3221), por fax o en persona, tal como se describió antes**. Responderemos al reclamo “rápido” por escrito en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.
 - **Ya sea que manifieste su reclamación por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicios a los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual desea quejarse.
 - **Si hace un reclamo porque le denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, aceptaremos un “reclamo rápido” automáticamente.** Si autorizamos un “reclamo rápido”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales

En esta sección, “**reclamo rápido**” y “**queja acelerada**” se usan como sinónimos.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos inmediatamente.** Si usted nos llama porque tiene una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio, o si usted nos solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo haremos saber por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

abarcará las razones de esta respuesta. Debemos responder ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de mejora de la calidad

Usted puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte usando el proceso paso a paso que presentamos anteriormente.

Cuando su queja se trata de la *calidad de la atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención recibida directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización de mejora de la calidad es un grupo de médicos con licencia y otros expertos de atención médica que reciben su pago del gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.
 - Encontrará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2. Si hace un reclamo ante esta organización, trabajaremos junto con ellos para resolver su reclamo.
- **O puede hacer su reclamo ante ambas entidades al mismo tiempo.** Si lo desea, puede hacer su reclamo sobre la calidad de atención médica ante nosotros y, también, ante la Organización de mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar un reclamo sobre Moda Health HMO Enhanced+RX directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, visite el sitio: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare trata sus reclamos con seriedad y usa esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está resolviendo su problema, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su afiliación al plan

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	240
Sección 1.1	Esta capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	240
SECCIÓN 2	¿En qué momento puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	240
Sección 2.1	Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción anual	240
Sección 2.2	Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	241
Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial	242
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?.....	243
SECCIÓN 3	¿Cómo se cancela su membresía en nuestro plan?	244
Sección 3.1	Por lo general, usted cancela su membresía inscribiéndose en otro plan....	244
SECCIÓN 4	Hasta la cancelación de su afiliación, deberá continuar recibiendo cobertura de servicios y medicamentos con receta médica a través de nuestro plan	245
Sección 4.1	Hasta que se cancele su inscripción, usted sigue siendo miembro de nuestro plan	245
SECCIÓN 5	Moda Health HMO Enhanced+RX debe cancelar su membresía en el plan ante determinadas situaciones	246
Sección 5.1	¿En qué casos debemos cancelar su afiliación al plan?.....	246
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud	247
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	247

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La cancelación de su afiliación a Moda Health HMO Enhanced+RX puede ser **voluntaria** (cuando usted lo decide) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Usted puede retirarse del plan porque decide que *quiere* hacerlo.
 - Solo podrá cancelar su afiliación al plan voluntariamente en ciertos momentos del año y en determinadas situaciones. La Sección 2 le explica *cuándo* puede cancelar su afiliación al plan.
 - El proceso para la cancelación voluntaria de la membresía varía según el tipo de cobertura nueva que esté eligiendo. La Sección 3 le informa *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige abandonar el plan sino que se le exige cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debe cancelar su membresía.

Si está abandonando su plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que su membresía quede cancelada.

SECCIÓN 2 ¿En qué momento puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su afiliación a nuestro plan únicamente en determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas circunstancias, también tiene derecho a abandonar el plan en otra época del año.

Sección 2.1	Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción anual
--------------------	---

Puede cancelar su afiliación durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento para reconsiderar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión al respecto para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

Nota: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre programas de administración de medicamentos.

- **¿A qué tipo de plan puede pasar durante el período de inscripción anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan con cobertura de medicamentos con receta médica o sin esta cobertura).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos con receta médica de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos con receta médica de Medicare.
 - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta médica:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta médica acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se incorpora posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare. (Por cobertura "meritoria" se entiende que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad 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, desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede pasar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted podrá:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan con cobertura de medicamentos con receta médica o sin esta cobertura).

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

- Cancelar su inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si opta por cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan independiente de medicamentos con receta médica de Medicare a fin de agregar cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o nuestra recepción de su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos obtenga su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial

En algunos casos, los miembros de Moda Health HMO Enhanced+RX pueden ser elegibles para terminar su membresía en otra época del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- **¿Quién puede obtener este beneficio?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, puede tener derecho a cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener un listado completo, comuníquese con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - En general, cuando se haya mudado.
 - Si tiene Medicaid a través de Oregon Health Plan (OHP).
 - Si reúne las condiciones para recibir "Ayuda adicional" para el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si no cumplimos el contrato que celebramos con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como en un hogar de convalecencia o en un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Atención General para la Tercera Edad (PACE).
- **¿Cuándo tienen lugar los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Si cumple con los requisitos para participar de un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene derecho a terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta médica. Esto significa que puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan con cobertura de medicamentos con receta médica o sin esta cobertura).

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos con receta médica de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos con receta médica de Medicare.
 - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para el pago de sus medicamentos con receta médica:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta médica acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se incorpora posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare. (Por cobertura "meritoria" se entiende que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** El primer día del mes después de la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna consulta o si desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios a los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede consultar el manual *Medicare y usted 2019*.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* en otoño. Las personas que son nuevas en Medicare lo reciben dentro del mes de inscribirse por primera vez.
 - También puede descargarla de: <https://www.medicare.gov>. O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- 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.

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan**SECCIÓN 3 ¿Cómo se cancela su membresía en nuestro plan?****Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía inscribiéndose en otro plan**

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, debe solicitar que se cancele su afiliación a nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios a los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- --O-- puede contactarse con 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.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta médica acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se incorpora posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare. (Por cobertura "meritoria" se entiende que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La tabla incluida a continuación explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribábase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su afiliación al plan Moda Health HMO Enhanced+RX finalizará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos con receta médica de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Su afiliación al plan Moda Health HMO Enhanced+RX finalizará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos con receta médica de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos con receta médica de Medicare y no cuenta con una cobertura de medicamentos con receta médica acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos por escrito una solicitud de cancelación de inscripción. Póngase en contacto con Servicios a los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). También puede ponerse en contacto con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Su afiliación al plan Moda Health HMO Enhanced+RX finalizará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta la cancelación de su afiliación, deberá continuar recibiendo cobertura de servicios y medicamentos con receta médica a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que se cancele su inscripción, usted sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si se da de baja de Moda Health HMO Enhanced+RX, posiblemente lleve tiempo terminar su afiliación y validar su nueva cobertura de Medicare. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta médica a través de nuestro plan.

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para el despacho de sus medicamentos con receta médica hasta que la membresía de nuestro plan quede cancelada.** Por lo general, sus medicamentos con receta médica solo están cubiertos si los obtiene en una farmacia de la red, incluido nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo.
- **Si se lo hospitaliza el mismo día en que finaliza su membresía, normalmente, la estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si el alta se produce después del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Moda Health HMO Enhanced+RX debe cancelar su membresía en el plan ante determinadas situaciones

Sección 5.1	¿En qué casos debemos cancelar su afiliación al plan?
--------------------	--

Moda Health HMO Enhanced+RX debe cancelar su afiliación al plan ante cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si no está inscripto de forma permanente en las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o emprende un viaje prolongado, debe llamar a Servicios a los miembros para que le informen si el lugar al que se está mudando o al que está viajando se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios a los miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense ni se encuentra legalmente en los Estados Unidos
- Si miente o esconde información sobre otro seguro que usted tenga y le brinde cobertura de medicamentos con receta médica.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos permitir que abandone nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso primero de Medicare).
- Si usted se comporta constantemente de manera tal que sea perturbadora y nos resulte difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos permitir que abandone nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso primero de Medicare).

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos permitir que abandone nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso primero de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector general.
- Si no paga las primas del plan durante dos meses calendario.
 - Tenemos la obligación de informarle por escrito que dispone de dos meses calendario para abonar las primas del plan antes de cancelar la membresía.
- Si le correspondiera pagar el adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales y no lo hiciera, Medicare cancelará su afiliación a nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta médica.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene consultas o si desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Para obtener más información, puede comunicarse con **Servicios a los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud</u>
--------------------	---

Moda Health HMO Enhanced+RX no está autorizado a pedirle que abandone el plan por razones de salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a una razón relacionada con su salud, debe comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se atiende las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para la cancelación de su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la Sección 10 del Capítulo 9.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	250
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	250
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de seguro secundario de Medicare.....	250

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Existen muchas leyes que regulan esta *Evidencia de cobertura*, y también se podrán aplicar algunas disposiciones adicionales exigidas por ley. Esto puede afectar sus derechos y obligaciones, aun si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La principal legislación que regula este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y las reglamentaciones que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han creado en virtud de dicha ley. Además, existen otras leyes federales que pueden aplicarse y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No hacemos ninguna discriminación por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, entre ellas, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) y, toda otra ley que regule a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o norma que corresponda por cualquier otra razón.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de seguro secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las disposiciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el Título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Moda Health HMO Enhanced+RX, por ser una Organización Medicare Advantage, gozará de los mismos derechos de recuperación que el Secretario conforme a las normas de los CMS en los subapartados B a D del apartado 411 en el Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definición de términos importantes

Capítulo 12. Definición de términos importantes

Apelación: Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o de medicamentos con receta médica o el pago de servicios por servicios o medicamentos con receta médica que ya recibió. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de interrumpir servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, un producto o servicio que usted considera que debería estar en condiciones de recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, lo cual incluye el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

Arancel diario de costo compartido: Puede aplicarse un "arancel diario de costo compartido" cuando su médico receta menos que el suministro mensual completo de ciertos medicamentos para usted y a usted se le exige que pague un copago. Un arancel diario de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual. A continuación presentamos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de \$31, y el suministro de un mes en su plan es de 31 días, su "tasa diaria de costos compartidos" es de \$1 por día. Esto significa que cuando surte la receta paga \$1 por cada día de suministro.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si restringe la afiliación según el lugar de residencia de las personas. Para planes que limitan a los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente se trata del área en la que recibe servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de salud en el hogar: El asistente de salud en el hogar brinda servicios que no requieren las habilidades de un asistente de enfermería con licencia o terapeuta, como ayuda con los cuidados personales (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo ejercicios indicados por el médico). El asistente de salud en el hogar no tiene una licencia de enfermería ni brinda terapia.

Atención a enfermos terminales: Un miembro inscrito que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un servicio de atención para enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de servicios de atención para enfermos terminales en su área geográfica. Si usted elige una instalación para enfermos terminales y sigue pagando primas aún es miembro de nuestro plan. Aun así puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. La instalación para enfermos terminales le brindará un tratamiento especial de acuerdo con su estado.

Atención de custodia: La atención de custodia es la atención suministrada en un hogar de convalecencia, una instalación para enfermos terminales u otra instalación cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Es atención personal que puede ser proporcionada por personas que no tienen habilidades o entrenamiento profesional, e incluye ayuda relacionada con actividades de la vida cotidiana, tales como caminar, acostarse o levantarse, bañarse, vestirse, comer y usar el baño. También puede incluir

Capítulo 12. Definición de términos importantes

cualquier tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como aplicarse lágrimas. Medicare no paga atención de custodia.

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

Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan diaria y constantemente en una instalación de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en instalaciones de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones por vía intravenosa que solo pueden brindarse por parte de un enfermero registrado o un médico.

Atención necesaria por razones médicas: Comprende los servicios, suministros o medicamentos indispensables para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, conforme a los estándares de práctica médica aceptados.

Autorización previa: Aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos de los servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red recibe una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red recibe una "autorización previa" de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Beneficios suplementarios óptimos: Beneficios no cubiertos por Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Si usted elige disponer de beneficios suplementarios óptimos, podría tener que pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios suplementarios óptimos a fin de obtenerlos.

Cancelación o anulación de la inscripción: El proceso mediante el cual se cancela su membresía en nuestro plan. La cancelación de su inscripción puede ser voluntaria (por su propia elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA): Si su ingreso está por encima de un cierto límite, pagará una cantidad de ajuste mensual relacionada con su ingreso además de la prima de su plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a \$85,000 y los matrimonios con ingresos superiores a \$170,000 deben pagar un monto mayor por la prima de cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y la Parte B de Medicare (seguro médico). Este monto adicional se denomina ajuste mensual por ingresos. Se aplica a menos del 5% de las personas con Medicare, de modo tal que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Capítulo 12. Definición de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: Entidad cuya finalidad exclusiva es brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya permanencia prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centro integral de rehabilitación para pacientes en consulta externa (CORF): Un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios, los cuales incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia de la respiración, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje y el habla, y servicios de evaluación en el contexto domiciliario.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia gubernamental a cargo del programa Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura de medicamentos con receta médica acreditable: Cobertura de medicamentos con receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, como mínimo tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare pueden en general mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que ayuda a pagar sus medicamentos con receta médica como paciente ambulatorio, vacunas, sustancias biológicas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Copago: Monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de los servicios o suministros médicos que reciba, incluidas visitas al médico, visitas a hospitales como paciente ambulatorio o medicamentos con receta médica. El copago es un monto fijo en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o por un medicamento con receta médica.

Coseguro: Monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos con receta médica después de abonar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo de preparación: Tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para el pago del costo que implica surtir una receta. La tarifa de despacho cubre costos como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar una receta médica.

Costos compartidos: Se refiere a los montos que el miembro debe pagar cuando recibe los medicamentos o los servicios. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por

Capítulo 12. Definición de términos importantes

un servicio o un medicamento, que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Puede aplicarse un "arancel diario de costo compartido" cuando su médico receta menos que el suministro mensual completo de ciertos medicamentos para usted y a usted se le exige que pague un copago.

Deducible: Monto que debe pagar por medicamentos o servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Determinación de cobertura: Una decisión acerca de si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que se le exige pagar a usted por la receta médica. En general, si usted lleva su receta médica a la farmacia y la farmacia le informa que la receta médica no está cubierta conforme a su plan, no se trata de una determinación de cobertura. Es necesario que llame o escriba a su plan para solicitar una decisión formal con respecto a la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones con respecto a la cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión con respecto a la cobertura.

Determinación de la organización: El plan de Medicare Advantage ha adoptado una determinación de la organización cuando decide si productos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por productos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de la organización también se denominan "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión con respecto a la cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de temas de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Determinado equipo médico solicitado por su médico por razones de salud. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchón, suministros para la diabetes, bombas de infusión i.v., dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para uso interno en el hogar.

Estadía en el hospital como paciente internado: Una estadía en el hospital cuando se lo ha admitido formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si usted se queda en el hospital durante la noche, aun se lo podría considerar un "paciente ambulatorio".

Etapas de cobertura inicial : Período anterior al momento en que sus gastos totales por medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y los que nuestro plan ha pagado en su nombre para el año, hayan alcanzado los \$3,820.

Etapas de cobertura por eventos catastróficos: Fase del beneficio de medicamentos de la Parte D en el que usted abona un copago o coseguro bajo por los medicamentos, una vez que usted u

Capítulo 12. Definición de términos importantes

otras partes autorizadas para actuar en su nombre han gastado \$5,100 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: Es un documento que, junto con la solicitud de inscripción y todos los anexos y cláusulas adicionales, informa los servicios cubiertos que le corresponden, define nuestras obligaciones y explica sus derechos y obligaciones en calidad de miembro de nuestro plan.

Excepción: Tipo de determinación de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el formulario del patrocinador del plan (una excepción al formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o cuando el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación del saldo: Cantidad facturada por un proveedor (como un médico u hospital) a un paciente que excede los costos compartidos que le corresponden al plan. Como miembro de Moda Health HMO Enhanced+RX, solo debe pagar los costos compartidos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o le cobren de otra manera más que el monto correspondiente al costo compartido indicado por el plan.

Farmacia de la red: Farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir beneficios de medicamentos con receta médica. Las denominamos "farmacias de la red" debido a que tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se despachan en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia con la que no hemos acordado coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en la presente Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos obtenidos de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición anterior de “costo compartido”. El requerimiento de costos compartidos de un miembro que implica el pago de una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requerimiento de “gastos de bolsillo”.

Indicación medicamento aceptada: Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o bien, respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada.

Ingreso complementario de seguridad (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que sean discapacitados, padezcan ceguera o tengan 65 años de edad o más. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Capítulo 12. Definición de términos importantes

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura conforme a la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Pueden establecerse límites sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Lista de medicamentos con receta médica cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o Asistencia Médica): Medicaid es un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento de marca: Medicamento con receta médica que es fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de componentes activos que sus equivalentes genéricos. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas farmacéuticas y generalmente se ofrecen en el mercado recién cuando vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: Medicamento con receta médica aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) que tiene los mismos componentes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: El término que empleamos para referirnos a todos los medicamentos con receta médica cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos cubiertos por la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos cubiertos por la Parte D. (Consulte su Formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos quedan excluidas específicamente por parte del Congreso para cobertura como medicamentos de la Parte D.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (en general, aquellos con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante renal). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan de Medicare Advantage.

Capítulo 12. Definición de términos importantes

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro del Plan"): Persona que cuenta con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha afiliado a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo de gastos de bolsillo: El monto máximo que usted paga de su propio bolsillo durante el año calendario por sus servicios de la red cubiertos. Los montos que usted paga por sus primas del plan, primas de las Partes A y B de Medicare, y sus medicamentos con receta no se computan como parte de su monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su monto máximo de gastos de bolsillo.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Cantidad que se suma a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted no tiene cobertura meritosa (cobertura que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Deberá pagar este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta médica, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento que aparece en la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es su costo por el medicamento.

Organización de mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos con licencia y otros expertos de atención médica que reciben su pago del gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare de "cargo por servicio"): El gobierno ofrece Original Medicare, no los planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta médica. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica según las cantidades establecidas por el Congreso. Puede recurrir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted paga el deducible. Luego Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. El plan Original Medicare se divide en dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y se ofrece en todo Estados Unidos.

Parte C. Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: El programa de beneficios de medicamentos con receta médica de Medicare voluntario. (Para facilitar la referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta médica como Parte D).

Período de beneficios: Método utilizado por Original Medicare y nuestro plan para medir el uso de servicios proporcionados por hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un

Capítulo 12. Definición de términos importantes

período de beneficios se inicia el día en que acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina una vez que hayan transcurrido 60 días consecutivos en que usted no ha recibido atención de pacientes internados (o en un centro de enfermería especializada). Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que ha terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. La cantidad de períodos es ilimitada.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Período anual preestablecido en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden darse de baja del plan y cambiarse a Original Medicare o realizar cambios a su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2019.

Período de inscripción anual: Una fecha específica del otoño durante la cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o bien cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: Una fecha específica durante la cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o bien cambiarse a Original Medicare. Entre las situaciones que le permiten participar de un Período de inscripción especial se encuentran las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda adicional" para el pago de sus medicamentos recetados cubiertos, si se muda a un hogar de convalecencia o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Cuando reúne los requisitos para Medicare por primera vez, es el período en el cual puede afiliarse a las Partes A y B de Medicare. Por ejemplo, si reúne los requisitos para la Parte B cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años, incluido el mes de su cumpleaños, y finaliza 3 meses después de dicho mes.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban a través de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido de los miembros por lo general será superior cuando los beneficios del plan se reciben de parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus gastos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre su total de gastos de bolsillo combinados para los servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como aquellos fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarles beneficios de las Partes A y B a las personas que tienen Medicare y están inscritas en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas de demostración/piloto y los programas de cuidado todo incluido para ancianos (PACE).

Capítulo 12. Definición de términos importantes

Plan institucional equivalente para personas con necesidades especiales (SNP): Un plan institucional para personas con necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional conforme a la evaluación del estado. La evaluación debe llevarse a cabo usando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del respectivo estado por parte de una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para personas con necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en una instalación contratada de atención personalizada para las actividades cotidianas (ALF) de ser necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan institucional para personas con necesidades especiales (SNP): Un plan para personas con necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen constantemente o se espera que residan constantemente durante 90 días o más en una instalación de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones LTC pueden incluir una instalación de enfermería especializada (SNF), una instalación de enfermería (NF), SNF/NF, una instalación de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR) y una instalación psiquiátrica para pacientes internados. Un plan institucional para personas con necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con la instalación LTC específica o tener y dirigir su propia instalación para atender a residentes de instalaciones LTC de Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces se denomina Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Cuando usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no están pagos en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para incorporarse a cualquier plan de salud de Medicare ofrecido en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: Los planes del PACE (Programa de Atención General para la Tercera Edad) combinan servicios de atención médica, social y de atención a largo plazo para personas con estado de salud delicado a fin de ayudarles a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) siempre que sea posible mientras reciben la atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Plan para personas con necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda una atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en un hogar de convalecencia o quienes padecen de ciertas afecciones médicas crónicas.

Capítulo 12. Definición de términos importantes

Planificación anticipada de la atención médica: se trata de la planificación de la atención que quisiera recibir en caso de volverse incapaz de hablar por sí mismo. Puede analizar la posibilidad de preparar una directiva anticipada con los médicos. Ellos le podrán ayudar a completar los formularios, si lo desea. Una directiva anticipada es un documento escrito en el que constan las decisiones médicas que quisiera que se tomaran si llegara a perder la capacidad de tomarlas por usted mismo. Puede incluir un testamento en vida y un poder notarial para atención médica duradero. Los servicios de planificación anticipada de la atención son voluntarios y se pueden rechazar si no se desea recibirlos.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): El seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: Pago periódico a Medicare, una aseguradora o un plan de atención médica en concepto de cobertura de servicios médicos o medicamentos con receta médica.

Programa de Descuentos de Medicare durante la Etapa sin cobertura: Un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa sin cobertura y aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, se ofrecen descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca, aunque no para todos.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: Se trata de dispositivos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los productos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, soportes para las piernas, brazos, espalda y cuello; piernas artificiales; ojos artificiales y demás dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna, incluidos materiales para estoma y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas relacionados con su salud. Su PCP se asegura de que obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, es posible que hable con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y lo remita a dichos proveedores. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su PCP antes de recurrir a otros proveedores de atención médica. Para obtener más información sobre médicos de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: “Proveedor” es un término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y demás instalaciones de atención médica que cuentan con licencia o certificación de Medicare y del Estado con el propósito de brindar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan le paga a los proveedores de la red en virtud de acuerdos celebrados con los proveedores o si los

Capítulo 12. Definición de términos importantes

proveedores acuerdan brindar servicios cubiertos por el plan. También se hace referencia a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o instalación fuera de la red: Un proveedor o instalación con quienes no tenemos el acuerdo de coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen, ni son dirigidos por nuestro plan ni tienen un contrato para brindarle a usted servicios cubiertos. El uso de proveedores o instalaciones fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja: Tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o las farmacias, como un reclamo relacionado con la calidad de la atención recibida. Este tipo de reclamo no se refiere a problemas relacionados con la cobertura o los pagos.

Reclamo: El nombre formal para "hacer un reclamo" es "presentar una queja". El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Ello incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Véase también "reclamo" en esta lista definiciones.

Servicio al cliente: Departamento de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al cliente.

Servicios a los miembros: Departamento de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios a los miembros .

Servicios cubiertos: El término general que empleamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Servicios que se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que, si bien no constituye una emergencia, requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia puede ser proporcionados por proveedores de la red, o bien por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte la "Ayuda adicional".

Capítulo 12. Definición de términos importantes

Tratamiento escalonado: Una herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico recetó inicialmente.

Servicios a los miembros de Moda Health HMO Enhanced+RX

Método	Servicios a los miembros: información de contacto	
LLAME AL:	<p>1-877-299-9062 (Servicios a los miembros) 1-888-786-7509 (Servicio al cliente por asuntos relacionados con las farmacias)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de Servicios a los miembros es de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados, las llamadas serán derivadas a nuestro sistema telefónico automatizado).</p> <p>Los departamentos de Servicios a los miembros y Servicio al cliente por asuntos relacionados con las farmacias también ofrecen servicios de interpretación en forma gratuita a las personas que no hablan inglés.</p>	
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
FAX	<p>Asuntos médicos: 503-948-5577 Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p>	<p>Asuntos farmacéuticos: 1-800-207-8235 Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX</p>
ESCRIBA A	<p>Solicitudes médicas:</p> <p>Moda Health Plan, Inc. Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX P.O. Box 40384 Portland, OR 97240-0384</p> <p>MedicalMedicare@modahealth.com</p>	<p>Solicitudes farmacéuticas:</p> <p>Moda Health Plan, Inc. Attn: Moda Health HMO Enhanced+RX P.O. Box 40327 Portland, OR 97240-0327</p> <p>PharmacyMedicare@modahealth.com</p>
SITIO WEB	<p>www.modahealth.com/medicare</p>	

Programa de asesoría sobre los beneficios de los seguros médicos para ancianos (SHIP de Oregón)

SHIBA es un programa estatal que recibe dinero de parte del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud locales de manera gratuita a personas con Medicare.

Método	Programa de asesoría sobre los beneficios de los seguros médicos para aAncianos (SHIBA) (SHIP de Oregón): Información de contacto
LLAME AL:	1-800-722-4134
TTY	711 Este número requiere un equipo especial de telefonía y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	SHIBA de Oregón P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405
SITIO WEB	www.oregonshiba.org

Declaración de divulgación de Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA). De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que exhiba un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Moda Health HMO Enhanced + RX (HMO)

Llame al	1-877-299-9062 Departamento de Servicios a los miembros 1-888-786-7509 Departamento de Servicios a los clientes de farmacias Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 7 am a 8 pm, hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (después del 31 de marzo, su llamada entrará a nuestros sistemas telefónicos automatizados los sábados, domingos y días feriados). El departamento de Servicios a los Miembros cuenta también con servicios de interpretación para quienes no hablen inglés.	
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día y los siete días de la semana.	
Fax	503-948-5577 A/A: Moda Health HMO Enhanced + RX	1-800-207-8235 A/A: Moda Health HMO Enhanced + RX
Escriba a	Peticiones médicas: Moda Health Plan, Inc. A/A: Moda Health HMO Enhanced + RX P.O. Box 40384 Portland OR 97240-0384 MedicalMedicare@modahealth.com	Solicitudes farmacéuticas Moda Health Plan, Inc. A/A: Moda Health HMO Enhanced + RX P.O. Box 40327 Portland OR 97240-0327 PharmacyMedicare@modahealth.com
Sitio web	www.modahealth.com/medicare	

Ayuda con beneficios de seguro médico para adultos mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance o SHIBA) (SHIP de Oregón)

Ayuda con beneficios de seguro médico para adultos mayores (SHIBA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para dar asesoría gratuita sobre seguro médico en la localidad a personas que tienen Medicare.

Llame al	1-800-722-4134
TTY	1-800-735-2900 o 711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	SHIBA P.O. Box 14480 Salem OR 97309-0405
Sitio web	www.oregonshiba.org



601 S.W. Second Ave.
Portland, OR 97204-3154