

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Su cobertura de medicamentos y sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan (HMO)

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

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- La prima de nuestro plan y la distribución de costos.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Para presentar sus preguntas sobre este documento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. Esta llamada es gratuita.

Este plan, UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, lo ofrece UCLA Health Medicare Advantage Plan. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro,” esto significa UCLA Health Medicare Advantage Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.)

Este documento está disponible gratuitamente en español. Este documento también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, braille, letra grande, audio).

Los beneficios, primas, deducibles, copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Se le notificará de cualquier cambio que pueda afectarle con un mínimo de 30 días de antelación.

Tabla de contenidos**Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1:	Primeros pasos como miembro	6
SECCIÓN 1	Usted es un miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan	6
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3	Que esperar cuando se inscribe en nuestro plan	8
SECCIÓN 4	Materiales de membresía importantes	9
SECCIÓN 5	Resumen de los costos importantes para 2027	11
SECCIÓN 6	Más información sobre su prima mensual del plan	16
SECCIÓN 7	Mantenga actualizado el registro de miembro de su plan	19
SECCIÓN 8	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	20
CAPÍTULO 2:	Números de teléfono y recursos	22
SECCIÓN 1	Contactos de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan	22
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare	29
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)	30
SECCIÓN 4	Organización de Mejora de la Calidad (QIO)	31
SECCIÓN 5	Seguro social	32
SECCIÓN 6	Medicaid	32
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	33
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	36
SECCIÓN 9	Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	36
CAPÍTULO 3:	Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos	38
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	38
SECCIÓN 2	Acuda a proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	40
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica	45
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	47
SECCIÓN 5	Servicios médicos durante un estudio de investigación clínica	48
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	50
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	51

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 4:	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	53
SECCIÓN 1	Explicación de los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	53
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos	55
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	107
CAPÍTULO 5:	Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D ..	112
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D	112
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan	112
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	117
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	119
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea	121
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año	124
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	126
SECCIÓN 8	Cómo surtir un medicamento recetado	128
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	128
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	130
CAPÍTULO 6:	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D	133
SECCIÓN 1	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D	133
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan	136
SECCIÓN 3	Su <i>explicación de beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pagos se encuentra	136
SECCIÓN 4	La etapa deducible	138
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	138
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	143
SECCIÓN 7	Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D	143
CAPÍTULO 7:	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	146
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos	146
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	149

Tabla de contenidos

SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	149
CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades	151
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	151
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	157
CAPÍTULO 9:	Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	159
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	159
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	159
SECCIÓN 3	Qué proceso tiene que utilizar para su problema	160
SECCIÓN 4	Guía para decisiones de cobertura y apelaciones	161
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	164
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	172
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	183
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	188
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5	192
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	195
CAPÍTULO 10:	Cancelación de la membresía en nuestro plan	199
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan	199
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	199
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	202
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	202
SECCIÓN 5	UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan deberá terminar la membresía de su plan en ciertas situaciones	203
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	205
SECCIÓN 1	Notificación sobre la ley aplicable	205
SECCIÓN 2	Notificación de no discriminación	205
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	206
CAPÍTULO 12:	Definiciones	207

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan

Sección 1.1 Está inscrito en UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, que es el plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare.

Está cubierto por Medicare y elige obtener la cobertura de salud de Medicare y de medicamentos a través de nuestro plan, UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

La *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cubre su cuidado médico. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato entra en vigor para los meses en los cuales está inscrito en UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid) deben aprobar UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene Medicare Part A y Medicare Part B.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la sección 2.2). A las personas encarceladas no se les considera residentes en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o es un extranjero elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para mantenerse como miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Condado de Los Angeles

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá ya sea cambiarse al plan Medicare original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nuevo domicilio.

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

Sección 2.3 Ciudadano o nacional de Estados Unidos, o extranjero no ciudadano elegible

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero que reúna los requisitos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan debe cancelar su inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Que esperar cuando se inscribe en nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgo de la salud

Cuando se inscribe en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA) en un plazo de 90 días antes o después de su fecha efectiva de inscripción.

Debemos hacerle una HRA. La HRA será la base para desarrollar su plan de cuidado médico. La HRA incluirá preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. La HRA puede completarse por correo, en línea o por teléfono. Si necesita ayuda para completar la HRA, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Le enviaremos más información sobre la HRA. Luego nos pondremos en contacto una vez al año para ver si hay alguna novedad y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de cuidado médico y plan de cuidado médico

El equipo de atención médica puede ayudarlo a obtener los servicios de atención médica que necesita. El equipo de atención médica puede incluir su médico, un coordinador de cuidado médico, especialistas que visita u otros profesionales de la salud que seleccione.

Trabaja con un equipo de atención médica para preparar un plan de cuidado médico basado en sus preferencias. Un plan de cuidado médico le dice a usted y sus médicos y otros proveedores de salud que servicios necesita y como obtenerlos. Esto incluye sus servicios médicos, de salud conductual y otros servicios si corresponde.

Su plan incluye:

- sus objetivos de atención médica y la manera en que usted los prioriza
- los servicios y beneficios específicos para ayudar a cumplir sus objetivos de atención médica, y
- el plazo previsto para la obtención de los servicios necesarios.

Su equipo de atención medica se reúne con usted después de su HRA. El equipo le preguntará sobre los servicios que necesita. También les hablará sobre los servicios que puede pensar en obtener. Su equipo de atención médica trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado médico por lo menos cada año o cuando lo necesite porque tuvo algún cambio en su condición de salud.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 4 Materiales de membresía importantes****Sección 4.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan**

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Muestra de la tarjeta de membresía:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía del UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, es posible que tenga que pagar por su cuenta el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* en uclahealthmedicareadvantage.org/providers enumera nuestra red actual de proveedores. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier distribución de costos del plan como pago completo.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar los cargos en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentes necesarios cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

red), servicios de diálisis fuera del área y casos cuando UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista de proveedores más reciente en nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/providers.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Departamento de Servicios para Miembros en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en formato impreso se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de Farmacias

El *Directorio de farmacias* en uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte el capítulo 5, sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Departamento de Servicios para Miembros en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar información en nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Lista de medicamentos o formulario). Nos dice que medicamentos recetados están cubiertos en los beneficios de la Parte D que incluye UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan. Los medicamentos de esta lista han sido seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos reúne los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y sustituidos tal y como se describe en el capítulo 5, sección 6. Medicare aprobó la lista de medicamentos de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.

La Lista de medicamentos indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite uclahealthmedicareadvantage.org/formulary o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de los costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 5.1 para obtener más detalles.	\$45
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (consulte el capítulo 4, sección 1 para obtener más detalles).	\$1,499
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$0 por visita
Hospitalizaciones para pacientes internados Incluye varias hospitalizaciones para pacientes internados, como atención intensiva, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa con una orden del médico y termina el día antes de ser dado de alta.	\$0 por estadía
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el capítulo 6 para obtener más detalles, incluyendo las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D Deducible \$0 - Niveles 1 y 2 Deducible de \$300 - Niveles 3, 4 y 5 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$0 Nivel de medicamentos 2: \$0

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos en 2027
Nivel de medicamentos 3: \$47 por suministro mensual Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de los productos de insulina cubiertos en este nivel. Nivel de medicamentos 4: Coseguro de 27% Nivel de medicamentos 5: Coseguro de 30% Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 5.1)
- Prima mensual de Medicare Part B (sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (sección 5.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (sección 5.4)
- Monto del Medicare Prescription Payment Plan (sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual del plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan es \$45.

En algunos casos, la prima de su plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. El programa Ayuda Adicional (Extra Help) ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en el Capítulo 2, Sección 7. Si reúne los requisitos, la inscripción en este programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si ya recibe ayuda de este programa, **es posible que la información sobre las primas que figura en esta Evidencia de cobertura no se aplique en su caso.** Le hemos enviado un documento separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra*

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el folleto *LIS Rider*.

Las primas de Medicare Part B y Part D varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2027* en la sección titulada *Costos de Medicare en 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare ([Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Prima mensual de Medicare Part B

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

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

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su periodo de inscripción inicial, transcurren 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra un promedio de al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura de medicamentos acreditable o la Parte D. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe en UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, le comunicamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin la Parte D o sin cobertura acreditable.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura.
- Entonces, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional para beneficiarios). Para 2027, el monto de esta prima promedio será de \$41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses no cubiertos (porcentaje de multa) por 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea el monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si usted no recibe los beneficios de la Parte D u otra cobertura acreditable por 14 meses, la penalidad será el 14% multiplicado por \$41.33, lo que equivale a \$5.7862. Este se redondea a \$5.80. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres aspectos importantes para tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D son:

- **La multa puede variar cada año**, ya que la prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Por lo general, usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de Medicare Part D, incluso si cambia de plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si es *menor* de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial para cumplir la condición de edad para Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. Una organización de revisión independiente, sin afiliación con nosotros, llevará a cabo la reconsideración. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de incorporarse a nuestro plan, en la mayoría de los casos pudiera no tener otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que reconsideremos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de nuestro plan.

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de los últimos 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague siempre su prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, su inscripción en nuestro plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 5.5 Monto del Medicare Prescription Payment Plan

Si está participando en el Medicare Prescription Payment Plan, cada mes pagará la prima de su plan (si lo tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted adeuda por cualquier medicamento con receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

En el capítulo 2, sección 7 se explica más acerca del Medicare Prescription Payment Plan. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 Cómo pagar la prima del plan

Existen cinco (5) formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Recibirá una factura de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan en el correo postal todos los meses. Solo tiene que arrancar el talón de pago y enviárnoslo junto con su pago en el sobre provisto a:

UCLA Health Medicare Advantage Plan
PO Box 745123
Los Angeles, CA 90074-5123

El pago vence el día 1.º de cada mes. En el talón de pago, tiene la opción de proporcionar la información de su tarjeta de crédito o débito, o puede emitir un cheque a nombre de “UCLA Health Medicare Advantage Plan”, no a nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Los pagos únicos y los pagos periódicos automáticos de su prima mensual del plan también pueden realizarse mediante un retiro de su cuenta corriente o de ahorros.

El plan de salud impone un cargo por los cheques sin fondos. Usted es responsable del monto total del cheque más un cargo por servicio de \$25 por el primer cheque devuelto y \$35 por cada cheque devuelto subsiguiente.

Opción 2: Pagar en el portal para miembros MyChart

Los pagos únicos y los pagos periódicos automáticos de su multa por inscripción tardía de la Parte D pueden realizarse mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito, ApplePay, GooglePay o cuenta bancaria en el Portal para miembros MyChart sin costo alguno. Si no tiene una cuenta

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

en el Portal para miembros MyChart, puede pagar como Visitante. No hay costo alguno para usted por utilizar este servicio. Por lo general, utilizaremos la forma de pago seleccionada para cobrarle el 1.er día laboral de cada mes. Si necesita ayuda, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. Nos dará mucho gusto poder explicarle las opciones.

Opción 3: Pagar por teléfono

Puede solicitar que le carguen la prima del plan para la en su tarjeta de crédito o débito poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y seleccionando la opción 4. No hay costo alguno para usted por utilizar este servicio. El servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los pagos únicos se pueden hacer por teléfono. Sin embargo, los pagos periódicos automáticos no se pueden configurar por teléfono. Los pagos automáticos se pueden realizar a través de su portal MyChart.

Opción 4: Descontar las primas del plan de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Opción 5: Descontar las primas del plan de su cheque mensual del Seguro Social.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Cambiar la forma de pagar la prima del plan. Si decide cambiar la forma de pagar la prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigor. Mientras tramitamos su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice la cuenta del portal para miembros MyChart.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan debe pagarse en nuestra oficina antes del 1.º día del mes. Si no recibimos su pago antes del 1.º día del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan terminará si no recibimos el pago de la prima en un plazo de 4 meses. Si debe una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si podemos orientarle hacia programas que le ayudarán con sus costos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima tendrá la cobertura médica de Medicare Original. Posiblemente no podrá recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el periodo de Inscripción Abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura de medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos adeude las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a reclamar el cobro del monto que nos adeuda y, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos) en el futuro, deberá pagar el monto que nos adeuda antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo). Si ha tenido una circunstancia de emergencia ajena a su voluntad que le ha impedido pagar su prima del plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Para aprender cómo presentar una queja, vaya al capítulo 9 o llámenos al 1-833-627-8252 de 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales, y de 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 6.2 Su prima mensual del plan no cambiará durante el año.

No estamos autorizados a cambiar el monto de la prima mensual del plan que cobramos durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Si usted pasa a ser elegible para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) o pierde su elegibilidad para recibirla durante el año, la parte de la prima de su plan que debe pagar puede cambiar. Si usted reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) con los costos de su cobertura de medicamentos, la Ayuda Adicional (Extra Help) paga parte de su prima mensual del plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para Ayuda Adicional (Extra Help) durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde Ayuda Adicional (Extra Help), es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D.

En el capítulo 2, sección 7 encontrará más información sobre Ayuda Adicional (Extra Help).

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado el registro de miembro de su plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluidos el proveedor de atención primaria, grupo médico o Asociación de Prácticas Independientes (IPA). Un grupo médico es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud bajo contrato para proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan. Una IPA, o Asociación de Práctica Independiente, es un grupo independiente de médicos y otros profesionales de la salud bajo contrato para proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **Utilice su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de distribución de costos.** Por ese motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

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

Si cualquier parte de esta información cambia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga, para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que otros aseguradores le requieran el número de ID de miembro de su plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

- Seguro sin culpabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Seguro de compensación a los trabajadores.

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan

Para ayudarlo con las reclamaciones, facturación o preguntas sobre las tarjetas de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan. Con gusto le ayudaremos.

Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros**

	recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-320-8517
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web	uclahealthmedicareadvantage.org

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Información de contactos de decisiones de cobertura para atención médica

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contactos de decisiones de cobertura para atención médica**

	De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-234-7698
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web	uclahealthmedicareadvantage.org

Información de contactos de decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D

Por teléfono	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
Fax	1-858-790-7100
Por carta	MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web	Medimpact.com

Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
---------------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica**

	De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-234-7897
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web	uclahealthmedicareadvantage.org

Información de contactos de apelaciones para medicamentos de la Parte D

Por teléfono	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
Fax	1-858-790-6060

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contactos de apelaciones para medicamentos de la Parte D**

Por carta	MedImpact Attn: Appeals Department 10181 Scripps Gateway Court Ste 200 San Diego, CA 92131
Sitio web	Medimpact.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.

Información de contacto para quejas sobre la atención médica

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto para quejas sobre la atención médica**

	recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-234-7897
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Información de contacto de quejas sobre medicamentos de la Parte D

Por teléfono	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
Fax	1-858-790-6060
Por carta	MedImpact 10181 Scripps Gateway Court Ste 200 San Diego, CA 92131
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto de solicitudes de pago de atención médica**

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-305-1035
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121 Attn: Claims Department
Sitio web	uclahealthmedicareadvantage.org

Información de contacto de solicitudes de pago de medicamentos de la Parte D

Por teléfono	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
---------------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto de solicitudes de pago de medicamentos de la Parte D**

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
Fax	1-858-549-1569
Por carta	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com
Sitio web	Medimpact.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

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

Información de contactos de Medicare

Por teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Converse en vivo	Puede conversar en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone .
Por carta	Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo cuánto cuestan y qué servicios ofrecen.

Información de contactos de Medicare

- Busque médicos u otros proveedores y prestadores de servicios médicos que participan en Medicare.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, las residencias de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para hablar con Medicare sobre sus quejas relacionadas con UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.

Para presentar una queja a Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP).

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

Los asesores de Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) pueden ayudarle entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarlo a entender sus opciones con los planes de Medicare y responder sus preguntas sobre el cambio de planes.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto de Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) (SHIP de California)**

Por teléfono	1-800-434-0222 o 1-213-383-4519
TTY	711
Por carta	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Sitio web	aging.ca.gov/hicap/ Condado de Los Angeles: healthcarerights.org

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de Calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para California, la Organización para la Mejora de Calidad se llama Commence Health.

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

Póngase en contacto con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención médica pueden ser recibir medicamentos equivocados, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios, o recibir un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Información de contacto de Commence Health (Organización de mejora de la calidad de California)

Por teléfono	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., y sábados, domingos y feriados, de 10 a. m. a 4 p. m., hora local
TTY	711

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto de Commence Health (Organización de mejora de la calidad de California)**

Por carta	Commence Health BFCC-QIO Program PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	commencehealthqio.cms.gov/

SECCIÓN 5 Seguro social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en este programa. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, debe informarlo a las oficinas del Seguro Social.

Información de contacto del seguro Social

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B de Medicare, y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para encontrar más información sobre los programas de ahorros de Medicare y de Medicaid, póngase en contacto con California Department of Health Care Services (DHCS).

Información de contacto de California Department of Health Care Services (DHCS)

Por teléfono	1-800-541-5555 Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; excepto en días feriados estatales
TTY	711
Por carta	California Department of Health Care Services P.O. Box 997417, MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
Sitio web	dhcs.ca.gov/medi-cal

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare ([Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) ofrece información sobre diferentes maneras para reducir los costos de los medicamentos recetados. Los programas descritos a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare

Medicare y el Seguro Social cuentan con un programa llamado Ayuda Adicional (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar su prima mensual del plan de

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. Ayuda Adicional (Extra Help) también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para Ayuda Adicional (Extra Help), Medicare le enviará una carta de color morado para comunicárselo. Si no califica automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional (Extra Help):

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar su solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Ayuda Adicional (Extra Help), también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional (Extra Help).

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene la evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Para solicitar ayuda sobre cómo obtener la mejor evidencia disponible y cómo presentarla, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de MedImpact al 1-800-926-3841 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el monto correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante un cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional (Extra Help) y cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS) (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida(AIDS) (ADAP) ayuda a las personas que viven con HIV/AIDS a obtener acceso a medicamentos para el HIV que salvan vidas. Los medicamentos de Medicare Part D que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda de distribución de costos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, los interesados deben cumplir con ciertos criterios, incluso presentar comprobante de residencia en el estado y condición del HIV, presentar un comprobante de bajos ingresos según lo define el estado, y demostrar la condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifíquelo a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

Medicare Prescription Payment Plan

El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a gestionar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos durante **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de los medicamentos. Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. Usted no deberá enviar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de MedImpact al 1-800-926-3841 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Información de contacto del Medicare Prescription Payment Plan

Por teléfono	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana Departamento de Servicios para Miembros de MedImpact 1-800-926-3841 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
Fax	1-858-790-6060

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto del Medicare Prescription Payment Plan**

Por carta	10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131 CustomerService@MedImpact.com
Sitio web	uclahealthmedicareadvantage.org/prescription-payment-program

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o a través de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su distribución de costos como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica para usted se incluyen en la Tabla de beneficios médicos, en el capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que sus servicios de atención médica los cubra nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan generalmente cubrirá sus servicios de atención médica en la medida que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el capítulo 4 de este documento.
- **La atención que reciba es considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red, que le brinda y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.1).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado (una referencia) antes de que usted acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Vaya a la sección 2.3 para obtener más información.
 - No necesita referencias de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios urgentes necesarios. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la sección 2.2.
- **Debe recibir la atención médica de un proveedor de la red** (consulte la sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que usted reciba. Existen 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o urgentes necesarios que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué son los servicios de emergencia o urgentes necesarios, consulte la sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por la misma distribución de costos que normalmente pagaría dentro de la red. Su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación previa) del UCLA Health Medicare Advantage Plan o del grupo médico de su PCP. En este caso, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a dicho proveedor. La distribución de costos que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder la distribución de costos en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que pagaría dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios, dentro de nuestra área de servicio, de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, la distribución de costos de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Acuda a proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica**¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

Un proveedor de atención primaria, o PCP, es un médico u otro clínico calificado que ayuda a coordinar su atención. Su especialidad es generalmente la Medicina Familiar, o Medicina Interna, aunque otras especialidades y tipos de proveedores pueden actuar como PCP. Usted recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. La atención médica básica abarca la prevención, el bienestar y el tratamiento de enfermedades comunes. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para consultar con un especialista, normalmente tendrá que obtener primero la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una “referencia” a un especialista). Esto incluye organizar o coordinar los siguientes servicios:

- Radiografías e imágenes de diagnóstico
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención recibida de especialistas
- Asistencia para admisiones de hospital, y
- Atención de seguimiento

La “Coordinación” de sus servicios incluye la verificación o consulta con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo se está desarrollando. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener previamente la aprobación por escrito de su PCP (por ejemplo, que le dé una referencia para acudir a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) de su grupo médico o del UCLA

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Health Medicare Advantage Plan. Dado que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, deberá enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo seleccionar un PCP?

Para ver una lista de los PCP disponibles, consulte nuestro Directorio de proveedores o visite nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/providers. Una vez que haya revisado la lista de proveedores disponibles y seleccionado un PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Tenga en cuenta lo siguiente: **Si no selecciona un PCP al momento de su inscripción, el UCLA Health Medicare Advantage Plan le asignará un PCP.**

Cuando selecciona un PCP, también está seleccionando el grupo médico o la Asociación de Práctica Independiente (IPA) a la que pertenece el PCP. Por lo general, debe recibir su atención de rutina y especializada a través de proveedores afiliados a ese grupo médico o IPA, a menos que su grupo médico, IPA o UCLA Health Medicare Advantage Plan aprueben lo contrario.

La relación con su PCP es importante. Por eso le recomendamos encarecidamente que elija un PCP cercano a su domicilio. Tener a su PCP cerca hace que recibir atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza sea mucho más fácil. **Es importante que programe su cita inicial de evaluación de salud con su nuevo PCP en los 90 días siguientes a su inscripción en el plan.** Esto proporciona a su PCP una base de información para brindarle tratamiento.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a otro PCP. Para cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios TTY deben llamar al 711). Su nueva asignación de PCP generalmente entrará en vigencia el primer día del mes siguiente, ya sea que el PCP esté dentro de su grupo médico actual o de la Asociación de Práctica Independiente (IPA) o de un grupo médico contratado diferente.

Cuando cambia su médico de atención primaria (PCP) a uno que está afiliado a un grupo médico o IPA diferente, su acceso a especialistas y hospitales puede estar limitado a aquellos dentro de la red de referencia del grupo o IPA (también conocidos como subredes o círculos de referencia).

Si actualmente consulta a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que requieren autorización del PCP, como servicios de atención médica a domicilio o equipo médico duradero, informe al Departamento de Servicios para Miembros cuando llame para solicitar el cambio de PCP. El Departamento de Servicios para Miembros verificará si sus proveedores especializados participan en el grupo médico o IPA que ha seleccionado y le ayudará a determinar si puede seguir recibiendo esos servicios después del cambio. El Departamento de Servicios para Miembros también confirmará si el PCP que desea seleccionar está aceptando nuevos pacientes.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

El Departamento de Servicios para Miembros le comunicará cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía en la que figurará el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

A veces, un proveedor de la red que usted está utilizando puede dejar el plan. El plan se lo notificará si esto ocurre. Tendrá que cambiarse a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para que le ayuden a encontrar y seleccionar otro proveedor, o seleccionaremos un PCP por usted dentro de su grupo médico o Asociación de Práctica Independiente (IPA) actual. Siempre tiene la opción de llamarnos para cambiar de PCP si no está satisfecho con el que hayamos seleccionado para usted.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin la referencia de un PCP

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando la reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentes necesarios y cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dada la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes necesarios son las enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedias: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Es muy importante obtener una referencia por escrito (aprobación previa) de su PCP antes de acudir a un especialista del plan o a otros proveedores determinados (hay algunas excepciones, indicadas en la sección 2.2 anterior). **Si no tiene una referencia por escrito (con aprobación previa) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagarlos de su bolsillo.**
- Para la mayoría de los tipos de referencias, es posible que su PCP deba obtener la aprobación previa de su grupo médico contratado/IPA (esto se denomina obtener una “autorización previa”). Una autorización previa es una aprobación por adelantado para recibir servicios. Algunos servicios médicos dentro de la red solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de su Grupo Médico/IPA. En la tabla de beneficios del capítulo 4, sección 2, los servicios cubiertos que necesitan autorización previa aparecen marcados con una nota a pie de página.
- Si el especialista quiere que usted vuelva para recibir más atención, compruebe primero que la referencia (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más visitas al especialista.
- Si hay especialistas u hospitales específicos a los que desea acudir, averigüe si su PCP envía pacientes a estos especialistas u hospitales. Cada PCP tiene determinados especialistas del plan a los que recurre para las remisiones. Cada PCP tiene privilegios de admisión en determinados hospitales. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar los especialistas que puede consultar y los hospitales que puede utilizar.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista se retira de nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare estipula que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Le notificaremos cuando su proveedor se retire de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a otro proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de pertenecer a nuestro plan, se lo notificaremos si usted ha acudido a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores se retira de nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar con su atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que le siga proporcionando el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Le ayudaremos para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le brindaremos información sobre los periodos de inscripción y opciones a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un costo equivalente a la distribución de costos dentro de la red. Se requiere autorización previa y su PCP puede ayudarlo a obtenerla.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar otro proveedor que administre su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), un reclamo de calidad de la atención médica al plan, o ambas opciones (consulte el capítulo 9).

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

El plan de UCLA Health Medicare Advantage no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de los siguientes:

- Atención de emergencia o de urgencia como se describe en la sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y los proveedores en nuestra red no pueden prestar dicha atención, usted podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red a un costo equivalente a la distribución de costos dentro de la red. Se requiere autorización previa y su PCP puede ayudarlo a obtenerla. Si no obtiene una aprobación anticipada (autorización previa) antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagarlos de su bolsillo.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Si tiene una enfermedad renal terminal (ESRD), necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, o cuando cuente con una aprobación anticipada.

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

Sección 3.1 Para obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario obtener aprobación para una referencia primero de su PCP. No es necesario acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red. Nuestro plan también cubre servicios de emergencia en todo el mundo, como se describe en esta sección y en el Cuadro de Beneficios Médicos en el capítulo 4.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha recibido aviso de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento su condición ya es estable y cuándo finaliza la emergencia médica.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su condición siga siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención. O debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.

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

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

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

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que reciba se considera un servicio urgente necesario y sigue las normas que se indican a continuación para obtener dicha atención urgente.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio urgente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de un proveedor de la red. Ejemplos de servicios urgentes necesarios son las enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no estuviese disponible temporalmente.

Puede acceder a los servicios urgentes necesarios de tres (3) maneras:

- Una visita en persona a un centro de atención urgente

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Aunque puede ir a cualquier centro de atención urgente, debería ir al centro de atención urgente con el que trabaje su médico, cuando se encuentre en el área de servicio de nuestro plan. Pida a su médico una lista de los centros de atención urgente con los que trabaja antes de que necesite ir a uno.
- Una visita virtual si la ofrece su grupo médico (pagará el copago de la visita al consultorio por una visita virtual). Pregunte a su médico si se ofrecen visitas virtuales y cómo acceder a ellas antes de que las necesite.
- Una visita virtual de Telesalud de atención urgente con un copago de \$0. Consulte los beneficios de Telesalud en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios de atención urgente y de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos, incluido el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano, siempre que cumpla con los criterios para los servicios de emergencia y servicios urgentes necesarios como se describe en esta sección. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde cualquier país **no** está cubierto. **No** están cubiertos los tratamientos programados y planificados con antelación (incluida la diálisis crónica) para cualquier afección conocida en curso o procedimientos electivos. Los cuidados de seguimiento, incluidos los cuidados postoperatorios, la rehabilitación, las visitas al médico y las estancias en centros de atención de enfermería especializada, **no** se consideran cuidados de emergencia ni de urgencia y por lo tanto **no** están cubiertos.

Sección 3.3 Obtener atención médica en un desastre

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

Visite uclahealthmedicareadvantage.org/emergency para obtener información sobre cómo obtener la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red con un costo equivalente a la distribución de costos dentro la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el capítulo 5, sección 2.4.

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

Si pagó más que la distribución de costos de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer al respecto.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan u obtiene servicios fuera de la red sin la debida autorización que no sean de emergencia ni servicios urgentes necesarios, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite del beneficio médico cubierto, los gastos médicos adicionales incurridos no se tendrán en cuenta para el límite máximo de gastos de su bolsillo. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea saber qué porcentaje del límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos durante un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

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

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

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos avise ni que tenga que obtener la aprobación de nosotros ni de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos avise con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos que califican para Medicare.

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

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

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos en Medicare Original y su distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que obtenga como parte del estudio igual que si hubiese obtenido estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó de la distribución de costos. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Ejemplo de distribución de costos en un ensayo clínico: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos compartidos para este análisis es de \$20 según Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviará la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que el pago neto por la prueba sea de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiere una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que habitualmente brindan los patrocinadores de la investigación y son gratuitos para cualquier participante en el ensayo.

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

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

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan cubre solamente los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro médico, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría obtener los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro, o su estadía no estará cubierta.

Está cubierto durante un número ilimitado de días en el hospital, siempre que su estancia cumpla las directrices de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en el apartado *Atención hospitalaria para pacientes internados* de la tabla de beneficios médicos del capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de ningún equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan.

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos DME, como las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, usted no será el propietario de los DME, independientemente del número de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá el derecho de propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el DME en el marco del Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan.

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

Si no obtuvo el derecho de propiedad del artículo de DME mientras participó en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Medicare Original a

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

fin de adquirir el derecho de propiedad sobre el artículo. Los pagos que haya realizado mientras estuvo inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo el derecho de propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

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

Si califica para recibir la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cubrirá:

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

Si usted deja UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

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

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no necesita pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si está inscrito en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su comprobante de ser elegible para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por Medicare Part A y Part B?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año para los servicios médicos dentro de la red cubiertos por Medicare Part A y Part B. Este límite se llama el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027 el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) es \$1,499.**

Los montos que usted paga por los copagos y coseguros para recibir los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

por las primas de su plan y sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios aparecen marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza un monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,499, no tendrá que pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de Part B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de la distribución de costos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales separados, conocidos como **facturación del saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si su distribución de costos es un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, \$15), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una referencia o en el caso de servicios urgentes necesarios o de emergencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una referencia o en el caso de emergencias o de servicios urgentes necesarios fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se explica en el capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple lo siguiente:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los recién inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un periodo de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor de fuera de la red.
- Usted obtiene su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención urgente o de emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una referencia. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor fuera de la red la totalidad de los servicios que usted reciba.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación por adelantado (una referencia) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa aparecen marcados en negrita en la Tabla de beneficios médicos.
- También podemos cobrarle tarifas administrativas por faltar a las citas o por no pagar la distribución de costos requerida en el momento del servicio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2027*. Consúltelo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o se le monitorea por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información de beneficios importante para afiliados con enfermedades crónicas

- Si le diagnostican cualquiera de las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
 - La enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca crónica y/o la diabetes¹
- Además, debe:
 - Completar su Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA) para 2027, y
 - Tener una afección de salud que lo haga más propenso a necesitar atención hospitalaria o ayuda adicional para administrar su salud²
- Para obtener más detalles, vaya a la fila *Beneficios suplementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

¹ prediabetes por sí solas no califican como diabetes para este requisito de elegibilidad.

² La elegibilidad para este requisito se determina utilizando criterios de evaluación estandarizados basados en las respuestas a la HRA y otra información médica disponible. Estos criterios se utilizan para identificar a los miembros con mayor riesgo de hospitalización y que requieren apoyo adicional de gestión de la salud.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de aneurismas aórticos abdominales Una sola ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de parte de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se ofrece cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No asociados con la cirugía • No relacionados con un embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos para proveedores: Los médicos pueden ofrecer servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP), especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal	No se aplica coseguro, copago ni deducible para cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) según lo requieren nuestras reglamentaciones. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia. También cubrimos los servicios de acupuntura de rutina/ no cubiertos por Medicare. Consulte “Servicios de acupuntura (de rutina/ no cubiertos por Medicare)” en esta tabla.	
Servicios de acupuntura (de rutina/no cubiertos por Medicare)* • 12 visitas al año para servicios de rutina de acupuntura a través del American Specialty Health Group (ASH). • Debe acudir a un proveedor de ASH Acupuncture para acceder a este beneficio. • Los servicios cubiertos, cuando se determina que son médicamente necesarios, incluyen evaluaciones/ exámenes, acupuntura y acupresión, modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento de síndromes de dolor, afecciones musculoesqueléticas y náuseas. • Consulte a su proveedor de Acupuntura sobre los servicios limitados y excluidos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para cada consulta de acupuntura de rutina.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
*Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, ASH. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Los servicios de ambulancia que no son de emergencia pueden requerir autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa. Los servicios de ambulancia de emergencia están cubiertos en todo el mundo. Consulte “Atención urgente o de emergencia - Cobertura en todo el mundo” en esta tabla.	Un copago de \$100 por cada trayecto de cada viaje terrestre cubierto por Medicare. Un coseguro de 20% por cada trayecto de cada viaje en avión cubierto por Medicare.
 Examen físico anual* Un examen físico anual es un examen de atención preventiva integral realizado por un proveedor de atención primaria. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. Esta visita incluye una revisión exhaustiva de su historial médico y familiar, un examen físico, referencias y recomendaciones que puedan ser apropiadas. Puede que necesite autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen físico anual. Si recibe servicios adicionales durante esta consulta, es posible que se aplique una distribución de costos por dichos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita de bienestar anual Si ha recibido los beneficios de Medicare Part B por más de 12 meses, puede recibir una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar su plan de prevención personalizada en base a su estado de salud actual y los factores de riesgo actuales. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye la lectura de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una referencia del médico.	Un copago de \$15 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nuestro plan cubre estos programas integrados si ha tenido por lo menos una de estas condiciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación de arterias coronarias • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada), o colocación de una endoprótesis coronaria (un procedimiento utilizado para mantener la arteria abierta) • Trasplante cardíaco o trasplante de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con 1 duración de una hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, puede obtener más de 36 sesiones que pueden distribuirse en un periodo de tiempo más prolongado. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (aspirin) (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	
 Examen de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes de pelvis una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de contraer cáncer cervical o vaginal o si está en una edad reproductiva y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los pasados 3 años	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • La manipulación manual de la columna para corregir una subluxación Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia. También cubrimos los servicios quiroprácticos de rutina/ no cubiertos por Medicare. Consulte “Servicios quiroprácticos (de rutina/ no cubiertos por Medicare)” en esta tabla.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.
Servicios quiroprácticos (de rutina/no cubiertos por Medicare)* • 12 visitas al año para servicios quiroprácticos de rutina a través de la Organización de salud especializada de los Estados Unidos (American Specialty Health Group, ASH). • Debe acudir a un quiropráctico de ASH para acceder a este beneficio. • Los servicios cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios incluyen: ◦ Evaluaciones/exámenes ◦ Manipulación extra espinal ◦ Procedimientos de radiografías	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de quiropráctico de rutina.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
◦ Modalidades y procedimientos terapéuticos para la rehabilitación física de las afecciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades ◦ Masaje realizado por un quiropráctico ◦ Consulte a su quiropráctico sobre los servicios limitados y excluidos. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, ASH. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	
 Examen de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos los siguientes exámenes de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si un médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen médico se convierte en un examen de diagnóstico. No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de diagnóstico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • DNA de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • El examen de detección de cáncer colorrectal incluye una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • El examen de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que implican la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con el examen de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de la persona. Entre los ejemplos se incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una	No se aplican coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia. Además, cubrimos servicios dentales de rutina/no cubiertos por Medicare. Consulte “Servicios dentales (de rutina/ no cubiertos por Medicare)” en esta tabla.	
Servicios dentales (de rutina/ no cubiertos por Medicare)* Los servicios dentales preventivos e integrales están cubiertos en su beneficio odontológico de rutina a través de Delta Dental. Debe seleccionar y consultar a un dentista de la red médica de DeltaCare USA Medicare para todos los servicios cubiertos, excepto en caso de emergencias cubiertas (que están limitadas a \$100 por emergencia, menos la distribución de costos) o para atención especializada aprobada previamente por Delta Dental. Usted puede cambiar su dentista seleccionado en cualquier momento. Las selecciones realizadas antes del día 15 del mes entran en vigor de inmediato. Las selecciones realizadas a partir del día 16 del mes entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Para seleccionar o cambiar su dentista, visite www.1.deltadentalins.com/uclahealthmedicareadvantage para iniciar sesión en su cuenta de Servicios en línea o llame al Servicio al cliente de Delta Dental al 1-866-760-2512 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Consulte la Evidencia de Cobertura de Delta Dental para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y las limitaciones del plan. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, Delta Dental. No se reembolsarán	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de diagnóstico ni preventivos. Para servicios dentales integrales, se aplican los siguientes rangos de copago. Consulte la Evidencia de Cobertura de Delta Dental para obtener una lista completa de los procedimientos dentales cubiertos, sus costos por cada procedimiento y aquellos servicios que están excluidos. Copago de \$19 a \$32 para limpiezas profundas Copago de \$14 a \$43 para empastes Copago de \$97 a \$154 para tratamientos de conducto Copago de \$325 a \$388 para coronas Copago de \$19 a \$91 para extracciones Copago de \$454 para dentaduras postizas

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	
 Examen de detección de la depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.
 Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas pueden ser cubiertas si cumple con los requisitos, como no tener sobrepeso y tener un historial de familia con diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Instrucción para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen; • Los suministros para controlar la glucosa en la sangre (monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones para el control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores)	No hay coseguros, copagos o deducibles para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y suministros para diabéticos, a excepción de los Monitores Continuos de Glucosa (CGM) y sus consumibles. Su distribución de costos de los Monitores Continuos de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos de calce profundo y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida), lo que incluye el ajuste • La capacitación para el autocontrol de la diabetes siempre que se cumpla con ciertos requisitos Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	Glucosa (CGM) y sus consumibles es un coseguro del 20%.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el capítulo 12 y el capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestra página web en uclahealthmedicareadvantage.org. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	Su distribución de costos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro de 20% cada mes. Su distribución de costos no cambiará después de que esté inscrito durante 36 meses. Su distribución de costos por los scooters eléctricos cubiertos por Medicare es un coseguro de 50%. Su distribución de costos por cualquier otro DME cubierto por Medicare es un coseguro de 20%.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y	Copago de \$75 por visita al departamento de emergencias. Este copago no se aplica si ingresa directamente en el hospital como paciente

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. La distribución de costos para los servicios de emergencia necesarios que obtenga fuera de la red son iguales a los aplicables cuando obtiene estos servicios dentro de la red. Cubrimos servicios urgentes necesarios o de emergencia en todo el mundo. Consulte “Atención urgente o de emergencia - Cobertura en todo el mundo” en esta tabla.	hospitalizado en un plazo de 36 horas (sí se aplica si ingresa en el hospital como paciente ambulatorio; por ejemplo, si ingresa para observación). Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes hospitalizados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, O debe recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.
Atención urgente o de emergencia - Cobertura en todo el mundo* La cobertura en todo el mundo para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos incluye: - Atención de emergencia o de urgencia, y - Transporte en ambulancia de emergencia desde la escena de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde cualquier país <u>no</u> está cubierto. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	Copago de \$75 por visita al departamento de emergencias en todo el mundo. Copago de \$15 por visita de atención de urgencia en todo el mundo. Copago de \$100 por cada trayecto del transporte de emergencia en todo el mundo. Se proporciona cobertura en todo el mundo por hasta \$50,000 por año calendario, para todos los servicios en todo el mundo combinados.
Beneficio de acondicionamiento físico*	No se aplican coseguro, copago ni deducible para el

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Es elegible para obtener un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers® en establecimientos participantes¹, donde puede tomar clases² y usar los equipos de ejercicio y otras comodidades sin costo adicional. • Inscríbase en tantos establecimientos como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dirigen clases en línea de ejercicios en grupo especialmente diseñadas, siete días a la semana con SilverSneakers LIVE. • Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros recreativos, parques y otros lugares de la comunidad. • SilverSneakers también le conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de los videos a solicitud de SilverSneakers y la aplicación móvil SilverSneakers GO. • Active su cuenta en línea a través del sitio web de SilverSneakers, consulte su número de ID de miembro de SilverSneakers y explore todo lo que SilverSneakers puede ofrecerle. Hable siempre con su médico antes de iniciar un programa de ejercicios. ¹Los establecimientos participantes (“PL”) no son propiedad ni están gestionados por Tivity Health, Inc. ni sus filiales. El uso de las instalaciones y servicios de PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica en PL. Las instalaciones y servicios varían según el PL. No se garantiza la inclusión de PL específicos y las instalaciones participantes pueden variar según el plan de salud. ²La membresía incluye clases de fitness en grupo dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos establecimientos ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según el establecimiento. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, Silver Sneakers. No se reembolsarán	beneficio de acondicionamiento físico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	
Asignación Flex* Smart Benefits Card &more Una asignación flexible que puede utilizar para pagar los servicios o artículos dentales, oftalmológicos y auditivos cubiertos a través de Smart Benefits Card &more con proveedores participantes. • Para verificar si un proveedor participa, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta Smart Benefits. • Las asignaciones están disponibles el primer día del año y caducan el último día del año. • Las compras de proveedores no participantes y para servicios no cubiertos son su responsabilidad. • Este beneficio no tiene valor en efectivo y no se puede canjear ni cambiar por efectivo. • Se aplican limitaciones y exclusiones. Por lo general, no se permite el reembolso de las compras de bolsillo. En circunstancias limitadas, se puede considerar el reembolso cuando no pueda usar su Smart Benefits Card &more para comprar artículos cubiertos de proveedores participantes o minoristas aprobados debido a problemas técnicos o de aceptación de la tarjeta. Las solicitudes de reembolso están sujetas a revisión y aprobación, y la aprobación no está garantizada. El reembolso no está disponible para compras de proveedores no participantes ni para gastos de bolsillo incurridos voluntariamente. Para solicitar un reembolso, envíe el comprobante de pago en línea a través del sitio web o la aplicación móvil de &more, por correo electrónico a reimbursements@andmorehealth.com, o por correo postal a 169 Madison Ave STE 38229, New York, NY 10016. Deberá incluir: su nombre/apellido, identificación (ID) de miembro, un método de contacto y un comprobante de compra (recibo detallado que muestre la fecha, el comercio, los artículos y el total pagado). Visite	Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo de \$275 cubierto por el plan cada año. Toda asignación sin usar no se transfiere al año siguiente.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
uclahealthmedicareadvantage.org/resources/additional-benefits/prestige para obtener instrucciones más detalladas. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	
Servicios de audición (cubiertos por Medicare) Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor sanitario para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia. También cubrimos los servicios de audición de rutina/no cubiertos por Medicare. Consulte “Servicios de audición (de rutina/no cubiertos por Medicare)” en esta tabla.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición cubiertos por Medicare.
Servicios de audición (de rutina/no cubiertos por Medicare)* Examen de audición de rutina: Un examen de audición de rutina al año a través de un proveedor de la red TruHearing. Aparatos auditivos: Hasta dos (2) audífonos del Catálogo TruHearing cada 2 años (límite de 1 audífono por oído). • Debe ver a un proveedor TruHearing para usar este beneficio. La compra del audífono incluye lo siguiente: ◦ Visitas al proveedor durante un año para pruebas y ajustes ◦ Un periodo de prueba de 60 días ◦ Garantía ampliada de 3 años ◦ 80 baterías por aparato auditivo para los modelos no recargables • El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: ◦ Aparatos auditivos de venta libre (OTC) ◦ Moldes de oreja	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una prueba de audición de rutina por año. Copago de \$195 por aparato, para aparatos auditivos básicos Copago de \$595 por aparato para aparatos auditivos estándar Copago de \$995 por aparato para aparatos auditivos avanzados Copago de \$1,395 por aparato para aparatos auditivos Premium

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
◦ Accesorios para aparatos auditivos ◦ Visitas adicionales a proveedores ◦ Baterías adicionales; baterías cuando se adquiere un aparato auditivo recargable ◦ Aparatos auditivos que no figuran en el catálogo correspondiente ◦ Costos asociados a las reclamaciones de garantía por pérdidas y daños Consulte la Sección 3, Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) más adelante en este capítulo para conocer los servicios excluidos bajo este beneficio. Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, TruHearing. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	
 Exámenes de detección de HIV Para personas que solicitan una prueba de detección de HIV o que están en mayor riesgo de infección por el HIV, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo	No se aplican coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de HIV preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio proporcionada por agencia Antes de obtener los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. Usted debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de la misma implica un esfuerzo considerable.	No se aplican coseguro, copago ni deducible para los servicios de agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare, la capacitación y educación del paciente y los servicios de monitoreo.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio (servicios paliativos) cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida menor de 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede obtener atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en aquellos que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando se le admite en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas de este. Para los servicios paliativos y para los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa del hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará la distribución de costos de Medicare Original. Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, no UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni urgentes necesarios, cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo pagará el monto de la distribución de costos del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará la distribución de costos correspondiente a Medicare Original. Para los servicios cubiertos por UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan pero no cubiertos por Medicare Part A o Part B: El plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de la distribución de costos de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga la distribución de costos. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga la distribución de costos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para para obtener más información, consulte el capítulo 5, sección 9.4). Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Inmunizaciones Los servicios de Medicare Part B cubiertos incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Si nunca ha recibido la serie completa de la vacuna contra la Hepatitis B, si desconoce su historial de vacunación, o si tiene alguna otra afección que lo pone en un alto o moderado riesgo de contraer Hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de Medicare Part B. También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte el capítulo 6, sección 7 para obtener más información.	No se aplican coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.
Servicios de atención domiciliaria* Tiene derecho a recibir 72 horas anuales de cuidados personales a domicilio a través de un cuidador profesional de CareLinx. Los cuidadores profesionales brindan servicios no médicos, como compañía, preparación de comidas, baño, recordatorios de medicamentos, asistencia para la movilidad, apoyo con recados y compras, y otras actividades de la vida diaria. Este beneficio está destinado a ayudar con las tareas diarias en el hogar y no es un sustituto del cuidado continuo a tiempo completo, la atención de custodia a largo plazo o los servicios médicos especializados. Las horas sin usar no se transfieren al siguiente año del plan. Las horas de los cuidadores deben programarse por lo menos en incrementos de 2 horas. Algunas restricciones y limitaciones son aplicables. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	No se aplican coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención domiciliaria.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, CareLinx. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. No hay límite para el número de días de hospitalización médicamente necesarios ni para los servicios que suelen prestar los hospitales generales de atención aguda. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de las salas de operación y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias reguladas para pacientes hospitalizados	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su estado de emergencia, su costo será la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos, corneales, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre, y el intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir a nivel local siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y elige recibir trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de hematíes comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o que la sangre sea donada por usted u otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios de médicos Nota: Para ser considerado un paciente internado, su proveedor debe solicitar por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aún si se hospeda en el hospital por una noche, puede ser considerado como un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Para obtener más información de la hoja instructiva de Medicare <i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i> visite Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Un límite de 190 días de vida útil se aplica para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico cubiertos por Medicare.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ya ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que obtiene mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios de médicos - Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) - Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos - Vendajes quirúrgicos - Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	Si su hospitalización o estadía en SNF ya no está cubierta, pagará el costo compartido aplicable por estos servicios cubiertos como si se proporcionaran de forma ambulatoria. Consulte la sección de beneficios correspondiente en este cuadro.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una referencia del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede obtener más horas de tratamiento con la referencia de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su referencia anualmente si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) Los servicios del Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) están cubiertos para	No se aplican coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos de Medicare Part B La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre del genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué tomografías y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia	Su distribución de costos para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B es un coseguro de 0% - 20% del monto aprobado por Medicare, dependiendo del medicamento. Ciertos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada o requisitos de autorización previa. Usted pagará un copago máximo de \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B y no se aplicarán deducibles.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare Part D, cubre los medicamentos inmunosupresores si Part B no los cubre. • Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por sí mismo. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y son administrados bajo supervisión adecuada por una persona adecuadamente instruida, que podría ser usted, el paciente. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato incluidos en el sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina alfa, Aranesp®, Darbepoetina alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Este enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: uclahealthmedicareadvantage.org/resources También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. El capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e indica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el capítulo 6. Puede que necesite autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa.	
 Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder	No se aplican coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de la obesidad.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden obtener la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	Copago de \$15 por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico ambulatorios y servicios y provisiones terapéuticos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, como vendas, gasas y apósitos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio	Copago de \$10 por servicios de imágenes por resonancia magnética (MRI) y tomografía computarizada (CT) cubiertos por Medicare. Copago de \$50 por servicios de tomografía por emisión de positrones (PET) cubiertos por Medicare. Coseguro de 20% para servicios y suministros radiológicos terapéuticos para

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos, y todos los demás componentes de la sangre comienza con la primera pinta. - Pruebas diagnósticas que no se realizan en laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico - Otras pruebas diagnósticas ambulatorias Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para radiografías, pruebas de laboratorio y otras pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
Observación ambulatoria hospitalaria Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de la distribución de costos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aún si se hospeda en el hospital por una noche, puede ser considerado como un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Para obtener más información de la hoja instructiva de Medicare <i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i> visite	Cuando ingresa directamente en el hospital para observación como paciente ambulatorio, no paga coseguro, copago ni deducible por cada estadía por observación hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa parcial de hospitalización, si el médico certifica que el tratamiento hospitalario sería requerido sin el mismo • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos o fármacos biológicos que no puede auto administrarse Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de la distribución de costos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aún si se hospeda en el hospital por una noche, puede ser considerado como un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	Su distribución de costos para la atención de emergencia es un copago de \$75 por cada visita al departamento de emergencias cubierta por Medicare. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación o cirugía para pacientes externos cubiertos por Medicare. Su distribución de costos para hospitalizaciones parciales es un copago de \$50 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Su distribución de costos para los suministros médicos cubiertos por Medicare es un coseguro de 20%. Su distribución de costos de ciertos medicamentos y productos biológicos que recibe en el hospital para pacientes ambulatorios es un coseguro de 0% - 20% de la monto aprobado por Medicare, dependiendo del medicamento. Su distribución de costos por las pruebas de laboratorio y de diagnóstico, las radiografías y otros servicios de radiología se

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	proporcionan en “ Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos ” en este cuadro.
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental ofrecidos por un psiquiatra o médico licenciado por el estado, o un psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), enfermera clínica especializada (CNS), consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta licenciado de matrimonio y familia (LMFT), enfermera practicante (NP), asistente médica (PA), o cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare conforme a las leyes estatales aplicables. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	\$15 de copago por cada visita de atención de salud mental para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare en un entorno grupal o individual.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Servicios ambulatorios para el trastorno por el consumo de sustancias Servicios cubiertos de tratamiento de la dependencia de sustancias químicas en régimen ambulatorio (terapia de grupo o individual).	Copago de \$15 por cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare en un entorno ambulatorio.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Cirugía ambulatoria, incluido los servicios ofrecidos en los centros ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatorios. Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aún si se hospeda en el hospital por una noche, puede ser considerado como un paciente ambulatorio. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la cirugía ambulatoria en un quirófano u otro entorno hospitalario. No se aplican coseguro, copago ni deducible para los servicios provistos en centros de cirugía ambulatoria.
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC)* Smart Benefits Card &more Tiene derecho a recibir una asignación cada trimestre (3 meses) para comprar productos OTC cubiertos, como analgésicos, remedios para el resfriado y vitaminas en la tienda, en los puntos de venta de la red aprobados, en línea a través del sitio web de &more o por teléfono. • Las asignaciones están disponibles el primer día del trimestre y caducan el último día de cada trimestre en su tarjeta Smart Benefits Card &more. • No todos los productos OTC pueden solicitarse por teléfono. • Las compras realizadas en minoristas no participantes y para artículos no cubiertos no están cubiertas y serán tu responsabilidad. • Este beneficio no tiene valor en efectivo y no se puede canjear ni cambiar por efectivo. • Se aplican limitaciones y exclusiones.	Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo cubierto por el plan de \$100 cada 3 meses. Toda asignación sin usar no se transfiere al trimestre siguiente.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Por lo general, no se permite el reembolso de las compras de bolsillo. En circunstancias limitadas, se puede considerar el reembolso cuando no pueda usar su Smart Benefits Card &more para comprar artículos cubiertos de proveedores participantes o minoristas aprobados debido a problemas técnicos o de aceptación de la tarjeta. Las solicitudes de reembolso están sujetas a revisión y aprobación, y la aprobación no está garantizada. El reembolso no está disponible para compras de proveedores no participantes ni para gastos de bolsillo incurridos voluntariamente. Para solicitar un reembolso, envíe el comprobante de pago en línea a través del sitio web o la aplicación móvil de &more, por correo electrónico a reimbursements@andmorehealth.com, o por correo postal a 169 Madison Ave STE 38229, New York, NY 10016. Deberá incluir: su nombre/apellido, identificación (ID) de miembro, un método de contacto y un comprobante de compra (recibo detallado que muestre la fecha, el comercio, los artículos y el total pagado). Visite uclahealthmedicareadvantage.org/resources/additional-benefits/ para obtener instrucciones más detalladas. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención que obtenga en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o del consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. <i>Servicio intensivo para paciente ambulatorio</i> es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual activo (mental) ofrecido por el departamento ambulatorio en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado Federal, o una clínica de salud	Su distribución de costos por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare es un copago de \$50. Su distribución de costos por los servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare es un copago de \$50.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
rural que ofrece cuidados más intensivos que el cuidado que recibe del centro de salud de su médico, terapeuta, terapeuta licenciado para matrimonios y familia (LMFT), o consejero profesional licenciado pero cuidados menos intensos que una hospitalización parcial. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Planificación de comidas personalizada* Elaboración de recetas y planificación de comidas en línea para el bienestar general y compatibles con más de 21 enfermedades crónicas. El beneficio incluye la habilidad para crear las listas de los comestibles, comprar los ingredientes, y/o coordinar el envío a su domicilio. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, RxDiet. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de Planificación de comidas personalizada.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios que obtiene en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnosis y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y balance realizados por su PCP o especialista, si su médico los ordena para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: PCP, servicios de un especialista, servicios urgentes necesarios y otros servicios profesionales de atención médica. Estos servicios de telesalud son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare Original.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de médicos o profesionales cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
◦ Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Comuníquese con su PCP para obtener información sobre los servicios de telesalud que ofrecen y cómo programar una visita de telesalud. ◦ Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico de entre 5 a 10 minutos si: ◦ No es un paciente nuevo; y ◦ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días; y ◦ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: - No es un paciente nuevo; y - La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días; y - La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana - Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía También cubrimos los servicios de consulta médica virtual que no son de emergencia las 24 horas del día los 7 días de la semana. Consulte "Telesalud" en esta tabla.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) - Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	No se aplican coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare.
Comidas después de recibir el alta* Puede ser elegible para recibir hasta 28 comidas a domicilio, o kits para preparar 28 comidas, hasta 30 días después de recibir el alta de un hospital o de un centro de atención de enfermería especializada calificados, entre ellos las cirugías para pacientes hospitalizados. Se aplican restricciones, limitaciones y exclusiones, incluidos los gastos de envío y otros requisitos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de comidas después de recibir el alta.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
*Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, RxDiet. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si es elegible, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos orales aprobados por la FDA o PrEP inyectable incluyen el cargo para la administración de la inyección si corresponde • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluyendo evaluación del riesgo de HIV, reducción del riesgo de HIV y cumplimiento con la medicación) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección del HIV cada 12 meses • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B	No se aplican coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Examen de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se aplican coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los dispositivos de ostomía cubiertos por Medicare. Coseguro de 20% para suministros de ostomía y todos los demás dispositivos protésicos y ortopédicos

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se incluye cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte <i>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta tabla. Puede que necesite autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa.	cubiertos por Medicare y suministros relacionados.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave, y tienen una referencia del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	Copago de \$15 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
 Examen de detección y asesoría para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluso mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y obtener una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben obtener una orden para realizarse un examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
 Examen de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del virus de hepatitis C cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, le pagaremos un examen de detección una vez. Si se encuentra en alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando inyecciones de drogas ilícitas desde el resultado previo negativo de la prueba de detección de hepatitis C), cubriremos las pruebas anuales.	
 Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Realizamos estas pruebas una vez cada 12 meses o en momentos específicos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar la insuficiencia renal Los servicios para tratar la enfermedad renal y los servicios de diálisis incluyen: Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con insuficiencia renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Su distribución de costos por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare es un coseguro de 20%.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial) • Preparación para la autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipos y suministros para autodiálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de Part B, visite Medicamentos de Medicare Part B en esta tabla. Puede que necesite autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa.	
Servicio en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de servicio en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el capítulo 12. Los centros de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Cubrimos hasta 100 días por periodo de beneficios de hospitalización especializada en un centro de atención de enfermería especializada de acuerdo con las directrices de Medicare. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada, si es médicamente necesario)	Su distribución de costos por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare por periodo de beneficios: 1 - 20 días: \$0 de copago 21 - 100 días: \$75 de copago por día El periodo de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o SNF. El periodo de beneficios finaliza

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre, lo que incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos habitualmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar la distribución de costos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados ni atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el SNF después de que un periodo de beneficios haya terminado, comenzará un periodo de beneficios nuevo.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están atentos durante la terapia • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de 8 sesiones al año por paciente).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) Los siguientes beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos están disponibles para los miembros elegibles del plan. Para ser elegible, debe completar la Evaluación de Riesgos de la Salud de HRA 2027, tener un alto riesgo de hospitalización, necesitar soporte de control de la salud adicional y una o varias de las siguientes enfermedades crónicas: enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. El tener una afección no garantiza la elegibilidad.	Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo de \$40 de asignación cubierto por el plan cada mes por el beneficio de alimentos saludables. Toda asignación sin usar no se transfiere al mes siguiente. No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de evaluación de seguridad en el hogar. Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo cubierto por

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficio de alimentos saludables* Smart Benefits Card &more Si reúne los requisitos para recibir los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos, recibirá una asignación mensual para comprar alimentos saludables cubiertos por el programa, como frutas, verduras, carne, pescado, cereales integrales, productos lácteos y otros, en los establecimientos minoristas participantes. La asignación estará disponible el primer día de cada mes en su tarjeta Smart Benefits Card &more y caducará el último día de cada mes. Se debe acceder al beneficio de alimentos saludables utilizando la Smart Benefits Card &more emitida por el plan para artículos aprobados a través de minoristas aprobados o el línea a través del sitio web &more. Este beneficio no tiene valor en efectivo y no se puede canjear ni cambiar por efectivo. Las compras realizadas fuera de estos minoristas aprobados y para artículos no cubiertos no están cubiertas y serán responsabilidad del miembro. El reembolso por compras de bolsillo generalmente no está disponible. En circunstancias limitadas, se puede considerar el reembolso si no puede usar su tarjeta Smart Benefits en un minorista aprobado. Todas las solicitudes de reembolso están sujetas a revisión y aprobación, y la aprobación no está garantizada. El reembolso no está disponible para compras de proveedores no participantes ni para gastos de bolsillo pagados voluntariamente. Para solicitar un reembolso, envíe el comprobante de pago en línea a través del sitio web o la aplicación móvil de &more, por correo electrónico a reimbursements@andmorehealth.com, o por correo postal a 169 Madison Ave STE 38229, New York, NY 10016. Deberá incluir: su nombre/apellido, identificación (ID) de miembro, un método de contacto y un comprobante de compra (recibo detallado que muestre la fecha, el comercio, los artículos y el total pagado). Visite uclahealthmedicareadvantage.org/resources/additional-benefits/prestige para obtener instrucciones más detalladas.	el plan de \$750 de asignación cada año por el beneficio de modificación de seguridad en el hogar. Toda asignación sin usar no se transfiere al año siguiente. No se aplica coseguro, copago ni deducible para kits de comida adaptados a las necesidades médicas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Evaluación de seguridad en el hogar* Si reúne los requisitos para recibir los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos, puede recibir una evaluación de seguridad en el hogar al año, que incluye una revisión exhaustiva del entorno doméstico, la identificación de riesgos de caídas y peligros relacionados, y recomendaciones de modificaciones adecuadas en la seguridad del hogar para abordar y prevenir riesgos. El beneficio se ofrece a través del proveedor designado del plan, Periscope. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos. Modificaciones de seguridad en el hogar* Tarjeta Smart Benefits Card &more Si reúne los requisitos para recibir los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos, puede recibir una asignación anual para realizar modificaciones en su hogar con el fin de prevenir el riesgo de caídas. La asignación se puede aplicar a la compra e instalación de modificaciones de seguridad en el hogar aprobadas a través de los proveedores participantes. Los servicios de instalación están sujetos a la disponibilidad del proveedor y las limitaciones de los beneficios, y no están garantizados. La asignación está disponible el primer día del año y caduca el último día del año en su tarjeta Smart Benefits Card &more. Se debe acceder al beneficio de la Asignación de modificación de seguridad en el hogar utilizando la tarjeta Smart Benefits Card & more emitida por el plan para artículos aprobados a través de minoristas aprobados o del portal en línea. Este beneficio no tiene valor en efectivo y no se puede canjear ni cambiar por efectivo. Las compras realizadas fuera de estos minoristas aprobados y para artículos no cubiertos no están cubiertas y serán responsabilidad del miembro. El reembolso por compras de bolsillo generalmente no está disponible. En circunstancias limitadas, se puede considerar el reembolso si no puede usar su tarjeta Smart Benefits en un minorista aprobado.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Todas las solicitudes de reembolso están sujetas a revisión y aprobación, y la aprobación no está garantizada. El reembolso no está disponible para compras a minoristas no participantes ni para gastos de bolsillo pagados voluntariamente. Para solicitar un reembolso, envíe el comprobante de pago en línea a través del sitio web o la aplicación móvil de &more, por correo electrónico a reimbursements@andmorehealth.com, o por correo postal a 169 Madison Ave STE 38229, New York, NY 10016. Deberá incluir: su nombre/apellido, identificación (ID) de miembro, un método de contacto y un comprobante de compra (recibo detallado que muestre la fecha, el comercio, los artículos y el total pagado). Visite uclahealthmedicareadvantage.org/resources/additional-benefits/prestige para obtener instrucciones más detalladas. Kits de comida adaptados a las necesidades médicas* Si reúne los requisitos para recibir los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos, puede recibir hasta 13 kits de menú diseñados para ayudar a tratar diversas enfermedades crónicas y satisfacer las necesidades generales de bienestar. Cada kit incluye un plan de comidas personalizado e ingredientes para 10 comidas adaptadas médicamente y entregadas en su domicilio. Además, se ofrece asesoramiento nutricional para ayudar a satisfacer la mayoría de las necesidades dietéticas. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, RxDiet. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos. *Estos beneficios no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo.	
Tratamiento de ejercicios supervisados (SET) El SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una referencia para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.	Copago de \$15 por cada visita de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS), que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un periodo de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia.	
Telesalud* Usted tiene acceso a consultas médicas virtuales que no son de emergencia con un proveedor de Teladoc. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o videollamada. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, Teladoc Health. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las consultas de Telesalud.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte (de rutina)* Reciba hasta 24 trayectos de viaje desde y hasta lugares relacionados con la atención médica y aprobados por el plan, incluidas las farmacias. • Limitado únicamente al transporte terrestre. • Cada viaje de ida no puede exceder las 40 millas. • Los trayectos estándar se pueden programar a pedido o con hasta 30 días de antelación. Los viajes puerta a puerta requieren un aviso con al menos 24 horas de anticipación; sin embargo, debido al horario de atención del centro de llamadas, los viajes del lunes deben programarse, como máximo, el sábado. • Este beneficio no puede utilizarse para viajes relacionados con emergencias. Los conductores no tienen formación médica. En caso de emergencia, llame al 911. • Se aplican limitaciones y exclusiones. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, Uber Health. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de transporte de rutina.
Servicios urgentes necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio urgente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan pero no es razonable, dado el tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios urgentes necesarios y solo le cobrará la distribución de costos dentro de la red. Ejemplos de servicios urgentes necesarios son las enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales), no	Copago de \$15 por cada visita de atención urgente necesaria. Los copagos por servicios urgentes necesarios se aplican incluso si lo ingresan en el hospital.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Cuando se encuentre en nuestra área de servicio, debe obtener la atención urgente de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o accesible temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre grave). Cubrimos servicios urgentes necesarios o de emergencia en todo el mundo. Consulte “Atención urgente o de emergencia - Cobertura en todo el mundo” en esta tabla.	
 Cuidado de la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Los servicios de médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. El plan Medicare Original no cubre los exámenes rutinarios de los ojos (refracciones oculares) para lentes de leer o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para personas con diabetes, las detecciones de retinopatía diabética se cubren una vez al año. • Un par de lentes para leer o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas que incluye la inserción de lentes intraoculares. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas en días distintos, no puede reservar el beneficio después de la primera visita y comprar 2 anteojos después de tener una segunda cirugía.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el cuidado de la vista cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede que necesite una referencia o una autorización previa. Consulte con su PCP los requisitos de autorización previa o referencia. También cubrimos el cuidado de la vista de rutina/no cubierto por Medicare. Consulte “Cuidado de la vista (de rutina/no cubierto por Medicare)” en esta tabla.	
Cuidado de la vista (de rutina/no cubierto por Medicare)* • Un examen de rutina de la vista al año • Asignación para anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto • Todos los servicios de rutina para el cuidado de la vista se ofrecen a través de EyeMed. Debe acudir a un proveedor de EyeMed para todos los beneficios oftalmológicos de rutina. Consulte la Sección 3, "Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)" más adelante en este capítulo para conocer los servicios excluidos bajo este beneficio. Póngase en contacto con EyeMed para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y excluidos. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado por el plan, EyeMed. No se reembolsarán los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, proveedores no designados o servicios no cubiertos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de rutina de la vista por año. Anteojos: asignación de \$250 por año para anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto Imagen retinal (de rutina): copago de \$39 para imágenes retinales Adaptación de lentes de contacto y seguimiento: copago de \$40 para la adaptación de lentes de contacto estándar y visita de seguimiento
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como asesoramiento educativo sobre los servicios de prevención que necesita (incluida ciertas pruebas de detección y vacunas), además de remisiones para recibir otros servicios de cuidado médico si es necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener Medicare Part B. Cuando solicite la cita, infórmele al	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	

Descargo de responsabilidad: Los nombres de marca, nombres de productos y/ o marcas comerciales Uber y Uber Health, RxDiet, Delta Dental, CareLinx, EyeMed, TruHearing, American Specialty Health Group, Inc. (ASH), Periscope, SilverSneakers y Teladoc Health pertenecen a sus respectivos propietarios.

El acceso a los servicios de atención médica especializada es proporcionado por American Specialty Health Group, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated.

SilverSneakers® es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

La tarjeta prepagada Mastercard® Benefis & more la emite Avidia Bank, en virtud de una licencia otorgada por Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeta a los términos y condiciones del Acuerdo del titular de la tarjeta. Recibirá un PIN al momento de la activación.

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

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si obtiene los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, tras una apelación, como servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte el capítulo 5.3, sección 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo deformado.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	Sin cobertura, excepto como se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en los servicios de atención domiciliaria
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el capítulo 3, sección 5).
Cargos cobrados por atención provista por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Beneficio auditivo (de rutina/no cubiertos por Medicare) - Costos asociados con artículos excluidos	Los costos asociados con los artículos excluidos, incluidas las pérdidas, los daños y las reclamaciones de garantía, no están cubiertos bajo ninguna condición
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre los cuidados de enfermería especializada medicamente necesarios de tiempo parcial o intermitentes.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	Sin cobertura, excepto como se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en los servicios de atención domiciliaria

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios naturopáticos (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Atención odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital.	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos en ninguna situación
Beneficio de la vista (Rutina/No cubierto por Medicare): servicios o materiales relacionados con o cargos que surjan de lo siguiente: 1. Tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o las estructuras de soporte	No cubiertos en ninguna situación

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
2. Refracción, cuando no se proporciona como parte de un examen de la vista completo 3. Servicios prestados como resultado de cualquier ley de Compensación a los Trabajadores, o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental ya sea federal, estatal o subdivisiones de estos 4. Entrenamiento ortóptico o visual, ayudas para la vista subnormal y cualquier prueba complementaria asociada; lentes aniseicónicos 5. Cualquier examen de la vista o cualquier material correctivo de la vista exigido para un asegurado como condición de empleo 6. Anteojos de seguridad 7. Soluciones, productos de limpieza o estuches para armazones 8. Gafas de sol sin graduación 9. Lentes planos (sin graduación) 10. Lentes de contacto planos (sin graduación) 11. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales 12. Servicios prestados después de la fecha en que una Persona Asegurada deja de estar cubierta por la Póliza, . 13. Pérdida o rotura de lentes, armazones, gafas o lentes de contacto que se sustituyan antes de la siguiente frecuencia del beneficio en la que los materiales oftalmológicos vuelvan a estar disponibles. Comuníquese con el proveedor designado del plan, EyeMed, para	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

**Servicios no cubiertos por
Medicare**

una lista completa de los servicios
excluidos.

Cubiertos solo en situaciones específicas

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D

Consulte la tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Part B y los beneficios de medicamentos en un hospicio.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe solicitarle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a emitir recetas) que le emita una receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, vaya a la sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación de nuestro plan con base en ciertos criterios antes de que aceptemos brindarle cobertura. (Consulte la sección 4 en este capítulo para obtener más información)

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la sección 2.4).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

Una farmacia de la red es aquella que ha suscrito un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacia de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, vaya al *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy, o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un LTC (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un LTC, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que participan en Indian Health Service/Tribal/Programa de salud indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de urgencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos cuya distribución en ciertas zonas están restringida por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, visite su *Directorio de farmacias* uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o de largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro **para hasta 100 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, contacte al programa Direct Mail® de MedImpact administrado por Birdi™. Para hacerlo, llame al 1-855-873-8739. Tiene las siguientes opciones para comenzar a usar este servicio:

Opción 1: Su médico envía su receta a Birdi™

Su médico envía su receta a Birdi™ de manera electrónica o por fax al 1-888-783-1773. Birdi™ solo puede aceptar dichas recetas de su médico. Birdi™ surtirá y enviará automáticamente la mayoría de las nuevas recetas enviadas por su médico, excepto las de sustancias controladas.

Opción 2: Transfiera/ solicite una receta en el sitio web de MedImpact

Inicie sesión el sitio web de MedImpact en [Medimpact.com](https://www.Medimpact.com) para solicitar una nueva receta o una transferencia de una farmacia minorista. Elija “Transfer/Request Prescriptions” (Transferir/ Solicitar recetas) en la parte superior de la página “My Prescriptions -> Prescription List” (Mis recetas -> Lista de recetas) y siga las instrucciones.

Opción 3: Envíe su receta médica por correo a Birdi™

Inicie sesión en [Medimpact.com](https://www.Medimpact.com) y seleccione Documentos → Formulario de pedido de medicamentos. Imprima y envíe el formulario con sus recetas a:

Birdi™
PO Box 8004
Novi, MI 48376-8004

Opción 4: Llame a Birdi™

Llame al 1-855-873-8739. El Departamento de Servicios para Miembros está abierto de lunes a viernes de 5 a. m. a 5 p. m., los sábados de 6 a. m. a 2 p. m., y cerrado los domingos.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en 10 días como máximo. Póngase en contacto con Birdi™ llamando al 1-855-873-8739 si su pedido de farmacia por correo se retrasa y necesita ayuda.

Las nuevas recetas médicas de la farmacia se las envían directamente del consultorio del médico.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

La farmacia surtirá automáticamente la orden y le enviará nuevas recetas médicas que recibe de los proveedores de atención médica, sin verificarlo con usted primero, en cualquiera de los casos siguientes:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o bien
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al 1-855-873-8739.

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento recetado nuevo, comuníquese con nosotros por teléfono al 1-855-873-8739.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles si la nueva receta se debe surtir, posponer o cancelar.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al 1-855-873-8739.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que está por quedarse sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que sí necesita más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no hacer uso de nuestro programa de resurtido automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento recetado, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su medicamento recetado. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

Para darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos por correo, contáctenos en el 1-855-873-8739.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Vaya a la sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con el Departamento de Servicios para Miembros en 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos recetados que se obtengan en farmacias fuera de la red solamente en estas circunstancias:

- Nuestra red de farmacias incluye un gran número de farmacias en todo el país que deberían permitirle encontrar una farmacia de la red cuando viaje por EE. UU. Cubriremos medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red solo si no puede obtener un medicamento cubierto en una de las farmacias de nuestra red para una afección médica urgente que requiere tratamiento inmediato, si no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas cerca de usted, o todas las farmacias de la red de su zona están cerradas, o no hay existencias del medicamento que necesita.

No cubrimos los surtidos de recetas fuera de los EE. UU. Si tiene previsto viajar fuera de EE. UU., le recomendamos que solicite una cantidad adicional de su medicamento antes del viaje. Es lo

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

que se denomina un resurtido vacacional, que le garantizará que dispondrá de medicamento suficiente mientras esté fuera del país. Se le cobrará el importe del resurtido vacacional. Al resurtido vacacional se le aplicarán los mismos beneficios que al resurtido ordinario.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le correspondería) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En el capítulo 7, sección 2 se explica cómo puede solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista han sido seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

Por lo general, cubrimos un medicamento que figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o bien
- Avalado por ciertas referencias, como la Guía de Medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

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

Consulte el capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Vaya a la sección 7 para obtener más información).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Hay cinco niveles de distribución de costos para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- La distribución de costos del Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo.
- La distribución de costos del Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- La distribución de costos del Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos.
- La distribución de costos del Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos.
- La distribución de costos del Nivel 5 incluye medicamentos de especialidad. Este es el nivel más alto.

Para saber en qué nivel de distribución de costos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se muestra en el capítulo 6.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

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

Para saber si un medicamento figura en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le hemos proporcionado electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan en uclahealthmedicareadvantage.org/formulary. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Use la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan en uclahealthmedicareadvantage.org/resources para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener así un cálculo aproximado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o distribuciones de costos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10mg en comparación con 100mg, uno por día en comparación con 2 por día; comprimidos en comparación con líquidos).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para conocer qué puede hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el capítulo 9.)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan con base en criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web uclahealthmedicareadvantage.org/sites/default/files/documents/8f/medicare-prescription-drug-prior-authorization-criteria.pdf?f=b5df75a6.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios para el tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web uclahealthmedicareadvantage.org/sites/default/files/documents/a1/medicare-prescription-drug-step-therapy-criteria.pdf?f=c96a0e7c.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por cada receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, pero que no figura en nuestra Lista de medicamentos, o que tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento quizá tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace que su distribución de costos sea más cara de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser, vaya a la sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que tiene a su disposición:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que está tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de un medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

- Este suministro temporal será para un *suministro máximo de 30 días*. Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de *30 días* de suministro de medicamentos. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han participado en el plan durante un mínimo de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de *31 días* de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es adicional al suministro temporal anteriormente mencionado.
- **Para los miembros que se trasladan de un centro de atención a largo plazo (LTC) o de una hospitalización a su hogar:** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 30 días, o menos si su receta se emitió por menos días.
- **Para los miembros que se trasladan de su hogar o de una hospitalización a un centro de atención a largo plazo (LTC):** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 31 días, o menos si su receta se emitió por menos días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el periodo durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1: Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si un medicamento diferente cubierto por el plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Nos puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos nuestro plan. O puede pedirle nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, sección 6.4 para conocer lo que debe hacer. Allí se explican los procedimientos y fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite con prontitud y de manera justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado elevado, puede hacer varias cosas:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel inferior de distribución de costos que pueda resultarle igualmente eficaz. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Nos puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de distribución de costos del medicamento, de manera que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, sección 6.4 para conocer lo que debe hacer. Allí se explican los procedimientos y fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite con prontitud y de manera justa.

Medicamentos en nuestro Nivel 5. Los medicamentos de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de distribución de costos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de distribución de costos superior o inferior.**
- **Añadir o eliminar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de distribución de costos diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas opciones. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos retirando o sobre el que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de distribución de costos diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos del cambio y le cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Una vez comenzado el año, podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, sobre la base de las advertencias de la FDA o las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos del cambio y le cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.

Si realizamos cambios a cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiarse a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel superior de distribución de costos.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte de la distribución de costos hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma y que pueda afectarle durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (a excepción de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si presenta una apelación y el medicamento solicitado se encuentra que no está excluido conforme a la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Consulte el capítulo 9 si desea obtener información sobre cómo apelar una decisión).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubrirá según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en Medicare Part A o Part B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

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

(Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, para la cual es posible que tenga distribución de costos. Más información a continuación).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos para los cuales el fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se le compren exclusivamente al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. El medicamento cubierto excluido Sildenafil (Viagra genérico) está cubierto hasta una cantidad de 6 cada 30 días. El monto que paga por estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (En el capítulo 6, sección 6, se describe la Etapa de cobertura catastrófica).

Si usted **obtiene ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, Ayuda Adicional (Extra Help) no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.) Si tiene una cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el capítulo 2, sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento recetado

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se encuentra en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetado.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan a la mano, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que consulte la información sobre la inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no obtiene la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el capítulo 7, sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que ellos utilizan forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o a través de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura de medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que nuestro plan incluye una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo su cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador, al administrador de beneficios de su plan de jubilación, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a emitir recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras

en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboramos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura medicamentos con receta que contienen opioides y otros medicamentos que, con frecuencia, se utilizan en forma excesiva. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con las personas autorizadas a dar recetas, si decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, Podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos con opioides o benzodiazepinas recetados en determinadas farmacias.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos con opioides o benzodiazepinas recetados donde determinadas personas autorizadas para darle recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos con opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtiene usted estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tiene la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud acerca de las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No se le colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativa o de final de vida, o reside en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudarles a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar,

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su ID) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en dicho programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenoslo y retiraremos su participación. Para presentar sus preguntas sobre este programa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un folleto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el folleto *LIS Rider*.

En este capítulo utilizamos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Part A o Part B y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para consultar sobre la cobertura de medicamentos (uclahealthmedicareadvantage.org/resources), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” al llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Sección 1.1 Tipos de costos que puede tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos se incluyen:

Hay 3 tipos diferentes de gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que se le pueden pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura de medicamentos, que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La etapa deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte de Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare, planes de salud de su empleador o sindicato, el Indian Health Service, programas de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,400 en costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual del plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que hace para la cobertura de medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en el plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos que usted hace por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los costos totales que paga de su bolsillo

- El informe de la *explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que usted obtiene incluye el monto total de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,400, la *EOB de la Parte D* le informará que ha salido de la Etapa de cobertura inicial y ha avanzado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la sección 3.1 para conocer lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

Nuestro plan lleva un registro de los costos de los medicamentos recetados y de los pagos que usted realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pagos de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra el total de costos de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor distribución de costos disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de los medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento recetado.** Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el capítulo 7, sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también cuentan para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un programa de ayuda para medicamentos contra el Sida (AIDS) (ADAP), el Indian Health Service y las organizaciones benéficas cuentan como gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando obtenga la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede elegir la entrega sin papel de la EOB de la Parte D iniciando sesión en el sitio web de MedImpact en [Medimpact.com](https://www.Medimpact.com). Vaya a Configuración en su Perfil, seleccione Configuración de entrega sin papel, active la opción Sí, quiero una entrega sin papel y haga clic en Guardar. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos, y para viajeros. Usted pagará un deducible anual de \$300 por los medicamentos de los *Niveles 3, 4 y 5*. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos de dispensación para los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que paga \$300 por sus medicamentos de los *niveles 3, 4 y 5*, sale de la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (su copago o el monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene cinco niveles de distribución de costos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto mayor sea el nivel de distribución de costos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- La distribución de costos del Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

- La distribución de costos del Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- La distribución de costos del Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos.
 - Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- La distribución de costos del Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos.
- La distribución de costos del Nivel 5 incluye los medicamentos de nivel de especialidad. Este es el nivel más alto.

Para saber en qué nivel de distribución de costos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es parte de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte el capítulo 5, sección 2.4.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de sus medicamentos recetados, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy.

Sección 5.2 Su costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

Durante la Etapa de cobertura inicial, su distribución de costos de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

El monto del copago o coseguro depende del nivel de la distribución de costos.

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D**Su costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Distribución de costos estándar en farmacia minorista dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamentos genéricos)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	\$47 copago	\$47 copago	\$47 copago	\$47 copago
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos no preferidos)	27% coseguro	27% coseguro	27% coseguro	27% coseguro
Nivel 5 de distribución de costos (Nivel de especialidad)	30% coseguro	30% coseguro	30% coseguro	30% coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de distribución de costos incluso si no ha cubierto su deducible.

Para obtener información sobre la distribución de costos de las vacunas de la Parte D, consulte la sección 7 de este capítulo.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que obtenga en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la distribución de costos diaria) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que obtenga.

Sección 5.4 Su costo cuando recibe un suministro a *largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D**Su costo cuando recibe un suministro a largo plazo (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Distribución de costos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de distribución de costos <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 de distribución de costos <i>(Medicamentos genéricos)</i>	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 3 de distribución de costos <i>(Medicamentos de marca preferidos)</i>	\$141 copago	\$117.50 copago
Nivel 4 de distribución de costos <i>(Medicamentos no preferidos) Solo puede obtener un suministro de hasta 90 días en este nivel</i>	27% coseguro	27% coseguro
Nivel 5 de distribución de costos <i>(Nivel de especialidad)</i>	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5

Usted no pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto en una farmacia minorista de la red sin importar el nivel de distribución de costos, incluso si aún no ha cubierto su deducible.

Usted no pagará más de \$61.25 por un suministro de hasta 2 meses o \$87.50 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto en la farmacia de pedido por correo de nuestro plan sin importar el nivel de distribución de costos, incluso si aún no ha cubierto su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen los \$2,400

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para el total de los costos que paga de su bolsillo.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

La *EOB de la Parte D* que obtuvo le ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en nombre suyo durante el año. No todos los miembros llegarán a los \$2,400 límite de pago de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Vaya a la sección 1.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite \$2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **ponerle la vacuna**. (A veces se le denomina la administración de la vacuna).

Sus costos para la vacuna de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia el copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluso la administración).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

- Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administrarán la vacuna.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagar a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
 - Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
 - Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que paga más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le reembolsen el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Vaya a la sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que obtuvo o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde de la distribución de costos. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que la distribución de costos permitida por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

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

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

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

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

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios urgentes necesarios o de emergencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le adeuda algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.4 para conocer más sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de membresía de nuestro plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se conoce como tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Con su solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 12 meses para las reclamaciones médicas y de 36 meses para las reclamaciones de medicamentos recetados** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos sería muy útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web uclahealthmedicareadvantage.org/resources o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar el formulario.

Para las reclamaciones médicas, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

UCLA Health Medicare Advantage Plan
ATTN: Claims Department
PO Box 211622
Egan, MN 55121-3622

Para las reclamaciones de medicamentos recetados, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but aren't limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-833-627-8252 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at 1-833-627-8252. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas que no sean el inglés, como español y en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de la forma que mejor le convenga, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 para presentar un reclamo. También puede presentar quejas ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de ser remitida.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, el capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información médica a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige divulgar información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, usted tiene el derecho de obtener distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si dicha cobertura tiene algún tipo de restricción. El capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

La Oficina del Fiscal General de California proporciona información y recursos sobre directivas anticipadas. Visite su sitio web en oag.ca.gov/consumers/general/care

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Llene el formulario y fírmelo.** No importa el lugar donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas pertinentes.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Tal vez desee entregar copias a sus amigos cercanos o a los miembros de su familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia con usted cuando vaya al hospital.**

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

Completar o no un formulario de directivas anticipadas es su decisión (incluso si desea firmar uno si ya está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma directivas anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de California.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Haga lo que haga: solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarle con equidad.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697), o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

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

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a las oficinas del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) de su localidad** al 1-800-434-0222
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a las oficinas del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) de su localidad** al 1-800-434-0222
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: [Medicare Rights & Protections](#))
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Para presentar sus preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 proporcionan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura de medicamentos, debe comunicárnoslo.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro de nuestro plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando una prima por Medicare Part B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, debe comunicarlo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferrovianos).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas y preocupaciones:

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

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utiliza palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la asistencia o información correcta, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Debe siempre llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para recibir asistencia. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Puede comunicarse con el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) (SHIP de California) al 1-800-434-0222 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar su información de contacto en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a cualquier hora, disponible 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

SECCIÓN 3 Qué proceso tiene que utilizar para su problema

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

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

Sí.

Vaya a la **sección 4, Guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos de Medicare Part B como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de obtenerla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deja en claro que el servicio referido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

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

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

Presentar una apelación

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, vaya a la **sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

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

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

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/AOR.)

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/AOR.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo obtenemos. Si no obtenemos el formulario antes de que finalice nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si califica. No obstante, **no se requiere que usted contrate los servicios de un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelación de la decisión.

Sección 4.2 Reglas y fechas de vencimiento para distintas situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Les proporcionamos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. *(Se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)).*

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP de su localidad.

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

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

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

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

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

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Como solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que incluye su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **decisión expedita**.

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

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

- Puede *solicitar solamente* cobertura artículos médicos y/o servicios (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares pudiese afectar su salud o perjudicar su habilidad de forma grave o perjudicar su capacidad física.

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

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

- Que usaremos los plazos estándar.
- Que, si su médico pide la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

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

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le brindaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la sección 10 para obtener más información).

En el caso de las decisiones rápidas sobre la cobertura usamos un marco de tiempo acelerado.

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

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la sección 10 para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

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

Una apelación rápida también se denomina una **reconsideración expedita**.

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

Por lo general, recibirá respuesta a una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, recibirá respuesta a una apelación rápida en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura que aparecen en la sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El capítulo 2 contiene información de contactos.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene información de contactos.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos y posiblemente nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***Plazos para una apelación estándar***

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le brindaremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Vaya a la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2**Términos legales:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se le conoce como **IRE**.

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

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

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

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

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si requiere días adicionales, le notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes expeditas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se conoce como **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicarle su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un abogado mediador. La sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Si usted nos está solicitando que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido en concepto de atención médica

En el capítulo 7 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió las normas correctamente, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos pertinentes.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

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

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 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

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, vaya a los capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, no dude en preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtir tal y como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D**Términos legales:**

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un monto de distribución de costos inferior por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción**Términos legales:**

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos constituye una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento constituye una **excepción al formulario**.

Solicitar el pago con un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto constituye una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de la distribución de costos que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción al monto de la distribución de costos que le exigimos que pague por el medicamento cuando acordamos cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos.

2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto. El capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al monto de la distribución de costos que le exigimos que pague por el medicamento.**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel inferior de distribución de costos.**

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de distribución de costos, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de distribución de costos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de la distribución de costos que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de la distribución de costos que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de distribución de costos en los gastos de ningún medicamento del Nivel 5 (Medicamentos de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de distribución de costos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general, no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de distribución de costos más bajo no funcionen igual para usted o sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales:**

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina una **determinación de cobertura expedita**.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- Su solicitud debe ser para medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de modelo de cobertura de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web uclahealthmedicareadvantage.org/determination. El capítulo 2 contiene información de contactos. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura***

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha obtenido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación expedita**.

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario.

Generalmente, recibirá respuesta a una apelación rápida en un plazo de 72 horas Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha obtenido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura que aparecen en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 contiene información de contactos.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-833-627-8252.** El capítulo 2 contiene información de contactos.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de redeterminación de modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, que esta disponible en nuestro sitio web uclahealthmedicareadvantage.org/redetermination. Incluya su nombre, información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación. Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de evaluación independiente. La sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que obtengamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha obtenido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de evaluación independiente. La sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.**

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Términos legales:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se le denomina **IRE**.

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha obtenido. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Explicarle su decisión.
- Le notifica sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para poder continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un abogado mediador. La sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

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

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

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

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa que** esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios durante un periodo más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede comunicarse con el SHIP de California, llamado Programa de asesoramiento y defensoría sobre seguros médicos (HICAP) llamando al 1-800-434-0222. La información de contacto de SHIP se encuentra disponible en el capítulo 2, sección 3.

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

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápido:

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una muestra del aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

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

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la aceptan?***

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

¿Qué sucede si la rechazan?

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

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

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

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

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

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

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un abogado mediador. La sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

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

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**Términos legales:**

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

1. Usted recibe un aviso por escrito al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:

- La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
- Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo de tiempo más prolongado.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más prolongado

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede comunicarse con el SHIP de California, llamado Programa de asesoramiento y defensoría sobre seguros médicos (HICAP) llamando al 1-800-434-0222. La información de contacto de SHIP se encuentra disponible en el capítulo 2, sección 3.

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

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumple el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado se encuentra en el capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.**Términos legales:**

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

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

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**¿Qué sucede si los revisores aceptan?**

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

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

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

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?***

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

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un abogado mediador. La sección 9 explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

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

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

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede o no concluir.** A diferencia una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de obtener la decisión del juez administrativo o abogado mediador.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

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

Apelación de Nivel 5

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

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

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

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de obtener la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de obtener la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

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

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

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
	demasiado por el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ◦ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una <i>decisión rápida sobre la cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja**Términos legales:**

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

Presentar una queja también se conoce como **interponer un reclamo**.

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

Una **queja rápida** también se conoce como **reclamo expedito**.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- **El primer paso suele ser llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).** Si debe hacer algo más, el Departamento de Servicios para miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si llama para presentar una queja, intentaremos resolverla por teléfono. Si no podemos resolver su queja por teléfono, disponemos de un procedimiento formal para revisar sus quejas.
- Para presentar una queja por escrito, puede descargar el Formulario de apelaciones y quejas de nuestro sitio web en uclahealthmedicareadvantage.org/appeals y seguir las instrucciones proporcionadas. No necesita usar el formulario. Puede escribirnos y proporcionarnos detalles sobre su queja, incluida cualquier información pertinente como las partes involucradas, la fecha del incidente, el motivo de la queja o cualquier documentación de respaldo. Su queja debe explicar lo que le preocupa, por ejemplo, por qué no está satisfecho con los servicios recibidos.
- Puede enviar la queja por correo a la siguiente dirección o por fax al 1-424-234-7897. Esta información de contacto también se encuentra disponible en el capítulo 2.

UCLA Health Medicare Advantage Plan
PO Box 211622
Eagan, MN 55121

- Le enviaremos una carta informándole que hemos recibido la notificación de su preocupación en un plazo de 5 días calendario.
- Puede presentar una queja rápida, también conocida como reclamo expedito, sobre nuestra decisión de no agilizar una decisión de cobertura o una apelación por atención o artículos médicos, o nuestra decisión de ampliar el tiempo que necesitamos para tomar una decisión sobre una decisión de cobertura o una apelación por atención o artículos médicos.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

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

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora favorece a sus intereses o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contactos.

O bien

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Usted puede presentar una queja sobre UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en el plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

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

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

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción Abierta

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

- **El periodo de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
 - plan Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o bien
 - plan Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional (Extra Help), Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de Medicare Advantage (MA), desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes en que tienen derecho.
- **Durante el Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su membresía en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original en este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio al plan Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En determinadas situaciones, los miembros del plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Periodo de inscripción especial**.

Es posible que pueda ser elegible para cancelar su membresía durante un Periodo de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid)

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- Si usted es elegible para recibir ayuda adicional del programa Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE)

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. El capítulo 5, sección 10 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

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

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

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiarse de nuestro plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos.** Si se pasa al plan Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

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

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

- Encuentre la información en el manual **Medicare y Usted 2027**
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán de llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente del plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Plan de Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente del plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Plan de Medicare Original sin un plan separado de medicamentos de Medicare.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su membresía. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la cancelación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja del plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

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

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan deberá terminar la membresía de su plan en ciertas situaciones

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Medicare Part A y Part B.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no es un ciudadano elegible
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas de su plan y/o la multa por inscripción tardía de la Parte D durante cuatro meses calendario.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene cuatro meses calendario para pagar la prima de su plan y/ o la multa por inscripción tardía de la Parte D antes de que cancelemos su membresía.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan no tiene derecho a pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que se le está solicitando que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del Estado en el que usted vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación de no discriminación

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

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

Si tiene una discapacidad o necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), el plan UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, como la Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes de la B a la D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio. Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

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

Facturación del saldo. Es cuando un proveedor (un médico o el hospital) le factura al paciente un monto mayor que la distribución de costos permitido de nuestro plan. Como miembro de UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan, solo tiene que pagar los montos de la distribución de costos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto de la distribución de costos que nuestro plan indica que debe pagar.

Periodo de beneficios. La forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original calculan su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya obtenido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un periodo de beneficios haya terminado, comenzará un periodo de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de periodos de beneficios.

Producto biológico. Es un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (vaya a “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar. Es un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (vaya a “**Biosimilar intercambiable**”).

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento de marca. Es un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica. Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La agencia federal que administra Medicare.

Plan para necesidades especiales de cuidados crónicos (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP). Los C-SNP son planes de necesidades especiales que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que padecen enfermedades crónicas y graves específicas.

Coseguro. Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar su deducible.

Queja. El nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que obtiene. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los periodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF). Es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago. Es el monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Distribución de costos. Se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual de nuestro plan.) La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier

Capítulo 12 Definiciones

monto fijo de copago que un plan exige cuando se obtiene un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se obtiene un medicamento o servicio específico.

Nivel de distribución de costos. Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto mayor sea el nivel de distribución de costos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura. Es una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos. Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Servicios cubiertos. Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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

Cuidado asistencial. El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Distribución de costos diario. Es posible que se aplique una distribución de costos diaria cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe abonar un copago. La distribución de costos diaria es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un

Capítulo 12 Definiciones

suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su distribución de costos diaria es de \$1 por día.

Deducible. Es el monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción. Es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro. Se refiere a una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP). Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad. Persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

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

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

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

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

Capítulo 12 Definiciones

Excepción. Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no preferido con un nivel de distribución de costos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional (Extra Help). Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico. Es un medicamento recetado que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Reclamo. Es un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Evaluación de riesgos para la salud. Una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de atención médica a domicilio. Se refiere a una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

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

Hospitalización. Una hospitalización ocurre cuando el hospital tramita su ingreso formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aún si se hospeda en el hospital por una noche, puede ser considerado como un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA). Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que

Capítulo 12 Definiciones

se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Asociación de Práctica Independiente (IPA). Una IPA, o Asociación de Práctica Independiente, es un grupo independiente de médicos y otros profesionales de la salud bajo contrato para proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan.

Etapa de cobertura inicial. Esta es la etapa después de pagar su deducible (si tiene uno) y antes de que sus costos de desembolso directo para el año hayan alcanzado el monto umbral de desembolso directo.

Periodo de Inscripción Inicial. Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el periodo de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Part A y Part B. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Institutional Special Needs Plan (I-SNP). Los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro médico, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en determinados centros de atención de largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP Equivalentes a los Institucionales (IE-SNP), SNP Institucionales Híbridos (HI-SNP) y SNP Institucionales Basados en Centros médicos (FI-SNP).

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP). Un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro médico.

Biosimilar intercambiable. Es un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos). Es una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS). Vaya a Ayuda adicional (Extra Help).

Programa de descuentos del fabricante. Se refiere a un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Capítulo 12 Definiciones

Máximo precio justo. El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo que paga de su bolsillo. Es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, de Medicare Part A y Part B y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.

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

Grupo médico. Un grupo médico es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud bajo contrato para proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan.

Indicación médicamente aceptada. Se refiere al uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como la Guía de Información de Medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

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

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

Medicare Advantage (MA) Plan. A veces llamado Medicare Part C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de Medicare Part A y Part B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO); ii) una Organización de Proveedores Preferidos (PPO); iii) un Private Fee-for-Service (PFFS); o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría

Capítulo 12 Definiciones

de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare. Son servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de cuidado de la vista, dentales o de audición, que pueda ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare. Se refiere a un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en su plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plans, Special Needs Plans, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Medicare Part D). Es un seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren Medicare Part A o Part B.

Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se ofrece a las personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un programa de manejo de medicamentos. Los servicios del programa MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar la medicación.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare). Es el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *periodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan). Se refiere a una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros. Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Farmacia de la red. Es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor de la red. Proveedor es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de Inscripción Abierta. Es el periodo de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o cambiar a Medicare Original.

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

Producto biológico original. Se refiere a un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Traditional Medicare o Fee-for-Service Medicare). Se refiere al plan de Medicare Original que es ofrecido por el gobierno y no por los planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red. Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red. Se refiere a un proveedor o centro médico que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo. Consulte la definición de distribución de costos más arriba. El requisito de distribución de costos de un miembro para pagar una parte de los servicios o

Capítulo 12 Definiciones

medicamentos obtenidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Monto umbral que paga de su bolsillo. Es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE. Se refiere al plan del Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C. Vaya al plan Medicare Advantage (MA).

Parte D. Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D. Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D. Se refiere a un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. La distribución de costos del miembro será generalmente superior cuando obtiene los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que obtenga de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima. Es el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud por la cobertura de salud o para medicamentos con receta.

Capítulo 12 Definiciones

Servicios preventivos. Los servicios de atención médica que lo ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud temprano, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, inyecciones, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas para el monitoreo de la salud, de asesoramiento y educación, y para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Médico de atención primaria (PCP). Es el médico u otro profesional a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa. Es la aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos con base en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4 se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están señalados en el formulario de medicamentos, y nuestros criterios se encuentran publicados en nuestro sitio web.

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

Organización para la mejora de la calidad (QIO). Se refiere a un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad. Es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”. Se refiere a un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna y clínicamente apropiada, además de formularios e información de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de distribución de costos, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Referencia. Conocida también como remisión es una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Capítulo 12 Definiciones

Servicios de rehabilitación. Estos servicios incluyen el cuidado de rehabilitación como paciente hospitalizado, fisioterapia (como paciente ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado. Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio máximo justo.

Área de servicio. Se refiere a un área geográfica donde usted debe residir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Cuidados en un Centro de Atención de Enfermería Especializada (SNF). Son servicios de rehabilitación o de atención de enfermería especializada brindados de forma continua y diaria, en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los cuidados incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Periodo de inscripción especial. Se refiere a un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver al plan de Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Periodo de inscripción especial incluyen: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda Adicional (Extra Help) con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Special Needs Plan. Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado. Se refiere a una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

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

Servicios urgentes necesarios. Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, se considera un servicio urgente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dada la hora, el lugar y las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red.

Capítulo 12 Definiciones

Ejemplos de servicios urgentes necesarios son las enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Departamento de Servicios para Miembros deUCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m. PT, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-320-8517
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web	uclahealthmedicareadvantage.org

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) (el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, SHIP, de California) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento de seguro médico gratuito para las personas con Medicare.

Método	Información de contactos
Por teléfono	1-800-434-0222 o 1-213-383-4519
TTY	711
Por carta	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Sitio web	aging.ca.gov/hicap/ Condado de Los Angeles: healthcarerights.org

Declaración de divulgaciones PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios 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.