UCLA Health | Medicare ADVANTAGE PLAN

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan (HMO).

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y de medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, es ofrecido por el UCLA Health Medicare Advantage Plan. (Cuando en esta Evidencia de Cobertura dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere al UCLA Health Medicare Advantage Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere al UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan).

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

Los beneficios, primas, deducibles, los copagos y los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura de 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para el UCLA Health Medicare Advantage Principal 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 19

SECCIÓN 1 Contactos del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 27
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 29
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 30
SECCIÓN 5 Seguro Social 31
SECCIÓN 6 Medicaid 32
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 33
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 35
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 36

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 37

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 38
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red del plan para obtener atención médica 40
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 45
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 48

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 48
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 51
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 52

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 54

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 55
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar 57
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 119

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 123

SECCIÓN 1 Introducción 124
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 124
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 129
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 132
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 133
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 136
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 139
SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta 141
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 141
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 143

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 146

SECCIÓN 1 Introducción 147
SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento 149
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 150
SECCIÓN 4 No hay deducible para el UCLA Health Medicare Advantage Plan 152
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte 152

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 157

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga 157

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* 160

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos 161

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....163

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 164

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 166

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 167

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....178

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 180

SECCIÓN 1 Introducción 181

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 181

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 182

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 183

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 186

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 195

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 206

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. 211

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 215

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 218

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 224

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....225

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 225

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....228
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan 229
SECCIÓN 5 El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 229

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 231

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....232
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....232
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 233

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 234

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren del Original Medicare.

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

La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubre su atención médica. 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 está vigente durante los meses en los que esté inscrito en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

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

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- *y* -- resida en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra a continuación, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas residan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- -- *y* -- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Section 2.2 Esta es el área de servicio del plan para el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye este condado de California: Los Angeles

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar

a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

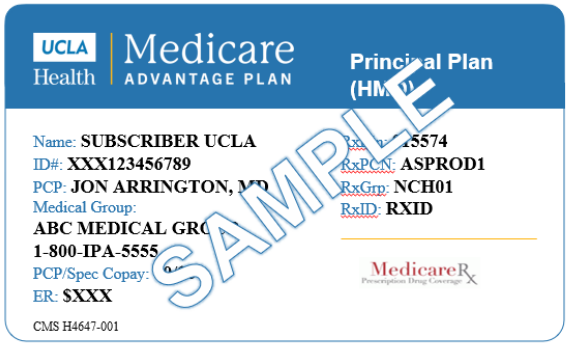
Sección 2.3 Ciudadanos estadounidenses o presencia legal

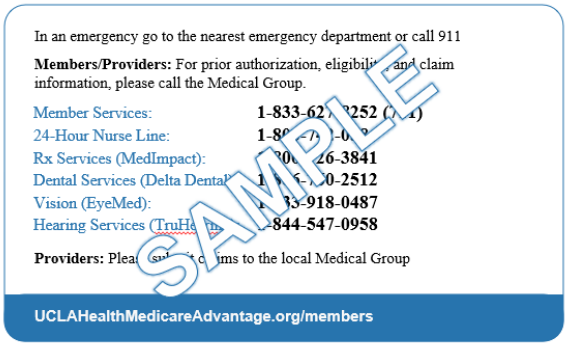
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán al UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su afiliación si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:





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 miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal 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 miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* ofrece un listado de nuestros proveedor de la red actuales. 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 monto de costo compartido 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 en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestra página web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/providers.

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para los miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy le ofrece una lista de nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar información en nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare.

Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/formulary o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para el UCLA Health Medicare Advantage Principal

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.] Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* puede no aplicarse**en su caso. Le hemos enviado un inserto 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 para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare & You 2025* (*Medicare y Usted 2025*), la sección titulada *2025 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2025). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual por separado para el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

Debe continuar pagando una prima 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, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 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 período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en el *UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan*, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No **tendrá** que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- 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 (Veterans Health Administration, VA). Su aseguradora o el departamento de recursos

humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, esta prima promedio será de $36.78.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por $36.78, lo cual asciende a $5.1492. Este se redondea a $5.15. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, 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 período 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 revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro**

de los 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 pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), 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 hace dos 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 quizás deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto 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 (Social Security), de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board) o de la Oficina de Administración de personal (Office of Personnel Management), independientemente de cómo pague siempre su prima del 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 cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (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.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. 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 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 *Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas de pagarla.*

Existen diversas formas de pagar la multa

Opción 1: Pagar con cheque

Cada mes recibirá por correo una factura del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. 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 de cada mes. Haga su cheque pagadero a "UCLA Health Medicare Advantage Plan" no a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ni Health and Human Services (HHS). El plan de salud impone un cargo por los cheques sin fondos. Usted es responsable del importe total del cheque más un cargo por servicio de $25.00 por el primer cheque devuelto y $35.00 por cada cheque devuelto subsiguiente.

Opción 2: Pagar con tarjeta de crédito o débito 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 o GooglePay en el Portal para miembros (MyChart) sin costo alguno. Si no tiene una cuenta en el Portal para los 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 día 1 de cada mes. Para elegir esta opción, póngase en contacto con Servicios para los miembros. Nos dará mucho gusto poder explicarle esta opción.

Opción 3: Pagar por teléfono

Puede solicitar que le carguen la multa por inscripción tardía en la Parte D en su tarjeta de crédito o débito poniéndose en contacto con el Servicios para los miembros y seleccionando la opción 4. No hay costo alguno para usted por utilizar este servicio.

Opción 4: Solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía. Nos dará mucho gusto poder configurar esta opción para usted.

Cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en surtir efecto. Mientras tramitamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su forma de pago, puede configurar la forma de pago que prefiera llamando a Servicios para los miembros (cuyos números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). También puede efectuar los pagos por Internet accediendo a MyChart Member Portal.

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

La multa por inscripción tardía en la Parte D debe pagarse en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido su pago antes del día 1 de cada mes, le enviaremos un aviso informándole de que su membresía en el plan finalizará si no recibimos la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, en un plazo de tres meses. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D,si la adeuda, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos orientarle hacia programas que le ayuden con sus costos.

Si cancelamos su memebresía porque no ha pagado la multa por inscripción tardía en la Parte D, si la adeuda, tendrá la cobertura médica de Original Medicare. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para 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 la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo); consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si ha tenido una circunstancia de emergencia ajena a su voluntad que le ha impedido pagar multa por inscripción tardía en la Parte D, si la adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-833-627-8252. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año.

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

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".]

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del 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/Asociación de Prácticas Independientes (IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Por ese motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red

- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si usted tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del 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), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal, y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos 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 (End-Stage Renal Disease, 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.

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 importantes

SECCIÓN 1 **Contactos** del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	**1-833-627-8252** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **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. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: •TTY: 800-833-5833 (sin costo) •Voz: 800-833-7833 (sin costo) Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
	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
ESCRIBA A	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación 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 con receta 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 para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica. Información de contactos
LLAME AL	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **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. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica. Información de contactos
TTY	711 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. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: •TTY: 800-833-5833 (sin costo) •Voz: 800-833-7833 (sin costo) Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **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 - Decisiones de cobertura 1-424-234-7897 - Apelaciones
ESCRIBA A	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D. Información de contactos
LLAME AL	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
TTY	711

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D. Información de contactos
	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. Horario normal: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Attention: Apelaciones y quejas formales MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

Cómo puede comunicarse con nosotros para 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 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica. Información de contacto
LLAME AL	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **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. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Método	Quejas sobre la atención médica. Información de contacto
TTY	711 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. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: •TTY: 800-833-5833 (sin costo) •Voz: 800-833-7833 (sin costo) Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **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
ESCRIBA A	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Reclamaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D. Información de contactos
LLAME AL	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
TTY	711

Método	Reclamaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D. Información de contactos
	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. Horario normal: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131 CustomerService@MedImpact.com

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que 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 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitudes de pago de asistencia médica. Información de contactos
LLAME AL	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **Nota:** Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes

Método	Solicitudes de pago de asistencia médica. Información de contactos
	recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: •TTY: 800-833-5833 (sin costo) •Voz: 800-833-7833 (sin costo) Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **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
ESCRIBA A	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Método	Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D. Información de contactos
LLAME AL	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal:

Método	Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D. Información de contactos
	Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
TTY	711 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. Horario normal: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131 *CustomerService@MedImpact.com*

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal 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 (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

.

Método	Medicare. Información de contactos
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 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 que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Método	Medicare. Información de contactos
	Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la Información de contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se conoce como el Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (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 del Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico 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 del Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a entender las opciones de los planes de Medicare, así como responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (haga clic en SHIP LOCATOR en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	**Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (HICAP) (SHIP de California). Información de contactos**
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (HICAP) (SHIP de California). Información de contactos
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	aging.ca.gov/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En California, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta 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. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización de California para la Mejora de la Calidad). Información de contactos
LLAME AL	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., y sábados y domingos, de 10.00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local); excepto en días feriados estatales
TTY	1-855-887-6668 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Livanta (Organización de California para la Mejora de la Calidad). Información de contactos
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO Area 9 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local de Seguro Social.

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, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social. Información de contactos
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.

Método	Seguro Social. Información de contactos
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 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, contacte con el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS).

Método	***Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, DHCS)* – Información de contactos**
LLAME AL	The Office of the Ombudsman

Método	***Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, DHCS)* – Información de contactos**
	1-888-452-8609 Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; excepto en días feriados estatales
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	https://www.dhcs.ca.gov/

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben de llamar al 1-800-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Para solicitar ayuda sobre cómo obtener las mejores pruebas disponibles y cómo presentarlas, póngase en contacto con Servicios para miembros de MedImpact en 1-800-926-3841.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para los miembros si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene "Ayuda adicional" y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de la

Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health
MS7700
P.O. Box 997426
Sacramento, CA 95899-7426
1-844-421-7050 (teléfono)
1-844-421-8008 (FAX no confidencial)
www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique 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.

El plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
TTY	711 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. Horario normal: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131 CustomerService@MedImpact.com

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, 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.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios. Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. 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 con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

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

Por lo general, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red, que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado antes de que usted acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. 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 más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El 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 del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga 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 del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red del 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?

Su PCP es un proveedor que cumple los requisitos estatales y está capacitado para prestarle atención médica básica. Usted recibirá su atención rutinaria o básica de su proveedor de atención primaria. La atención médica básica abarca la prevención, el bienestar y el tratamiento de enfermedades comunes. Su proveedor de atención primaria también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para consultar con especialista, normalmente tendrá que obtener primero la aprobación de su proveedor de atención primaria (esto se llama obtener una "remisión" 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 médico de atención primaria (por ejemplo, que le dé una remisión para acudir a un especialista). En algunos casos, su proveedor de atención primaria necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) de su grupo médico o del UCLA Health Medicare Advantage Plan. Dado que su proveedor de atención primaria le proporcionará y coordinará su atención médica, deberá enviar todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su proveedor de atención primaria.

Hay varios tipos de proveedores que pueden actuar como su proveedor de atención primaria. Entre estos se incluyen: Medicina de familia, medicina general y medicina interna.

¿Cómo elige al 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 Servicio para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). Tenga en cuenta lo siguiente: Si no selecciona un PCP en un plazo de 30 días después de su inscripción, el UCLA Health Medicare Advantage Plan le asignará un PCP.

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.

Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan a quienes recurre para las remisiones. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas que usted puede consultar.

Cómo cambiar de PCP

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

Si desea cambiar de PCP dentro de su grupo médico contratado o Asociación de Práctica Independiente (Independent Practice Association, IPA), este cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si desea cambiar de PCP por otro que esté afiliado a un grupo médico o IPA diferente, deberá presentar su solicitud antes de que finalice el mes. El cambio entrará en vigor a partir del primer día del mes siguiente. Si solicita un cambio de PCP después del primer día del mes para una fecha de entrada en vigor retroactiva, la solicitud debe recibirse antes del día 5 del mes en curso. Para los cambios retroactivos de PCP, los servicios con el proveedor asignado anteriormente no deben haberse recibido durante el mes en curso. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Al cambiar de PCP que está afiliado a un grupo médico diferente, es posible que se vea limitado a determinados especialistas u hospitales a los que le remita el PCP (por ejemplo, subredes, círculos de remisión).

Cuando llame, no olvide indicar a Servicios para los miembros si está consultando a especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). Servicios para los miembros le confirmará si el proveedor especializado forma parte del grupo médico o de la Asociación de Práctica Independiente (IPA) que ha seleccionado y le ayudará a asegurarse de que puede continuar recibiendo la atención especializada y otros servicios que haya estado obteniendo, cuando cambie de PCP, si ellos no forman parte de la red de proveedores. También comprobarán que el PCP al que desea cambiarse está aceptando nuevos pacientes.

Servicios para los 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 a Servicios para los miembros para que le ayuden a encontrar y seleccionar otro proveedor o seleccionaremos otro PCP dentro de su grupo médico contratado o Asociación de Práctica Independiente (IPA) por usted. Siempre tiene la opción de llamarnos para cambiar de PCP si no está satisfecho con el que hayamos seleccionado para usted.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, 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 se atiendan con un proveedor.
- 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.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable debido a su tiempo, su lugar y sus circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son 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 del plan o si la red del 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 del plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.

- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Es muy importante obtener una remisión 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 el apartado 2.2 anterior). Si no tiene una remisión por escrito (aprobación previa) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagarlos de su bolsillo.
- Para la mayoría de tipos de remisiones, es posible que su proveedor de atención primaria deba obtener la aprobación previa de su grupo médico contratado (esto se denomina obtener una "autorización previa"). Una autorización previa es una aprobación por adelantado para recibir servicios. Algunos servicios médicos de la red solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de su Grupo Médico. En la tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1, 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 remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo de su proveedor de atención primaria para la primera visita cubre más visitas al especialista.
- Si hay especialistas u hospitales específicos a los que desea acudir, averigüe si su proveedor de atención primaria 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 proveedor de atención primaria que usted elija puede determinar los especialistas que puede consultar y los hospitales que puede utilizar.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

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

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

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Puede ser necesaria una autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

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

- Los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Esto incluye la cobertura en todo el mundo si está cubierta por su plan.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro, y los proveedores en nuestra red no pueden prestar dicha atención, usted podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red. Para este tipo de remisiones debe obtener una autorización antes de recibir la atención médica. Su proveedor de atención primaria puede ayudarle a obtener la autorización. En este caso, cubriremos estos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Si no obtiene una autorización previa antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagarlos de su bolsillo.
- Servicios de diálisis renal cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, o cuando cuente con una autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

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 que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No necesita usar 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 los servicios de emergencia en todo el mundo, siempre que el motivo por el que se recibe la atención cumpla la definición de emergencia médica que se ha indicado anteriormente. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la 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. La información de contacto figura en su tarjeta de membresía, en el Capítulo 2, y en la contraportada de este documento.

¿Qué cobertura tiene en el caso de 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 se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección siga estando 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 dentro 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 el costo compartido 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 que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, 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 dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O BIEN* la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son 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 del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Puede acceder a los servicios de urgencia de cuatro (4) maneras:

- Una visita en persona a un centro de atención urgente
    - 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 su plan. Pida a su médico una lista de los centros de urgencias con los que trabaja antes de que necesite ir a uno.

- Una visita telefónica a través de nuestra Línea de consulta de enfermería con un copago de $0. Consulte la Línea de consulta de enfermería en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
- 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 Telemedicina de atención urgente con un copago de $0. Consulte la Línea de consulta de enfermería en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y de atención urgente en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro 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 enfermería especializada, **no** se consideran cuidados de emergencia ni de urgencia y por lo tanto **no** están cubiertos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: UCLAHealthMedicareAdvantage.org para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los 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 a Servicios para el miembro si desea saber qué porcentaje del límite de beneficios ya ha utilizado.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado 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.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

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 proveedor de atención primaria. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (national coverage determinations, NCD) que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (coverage with evidence development, CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

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

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

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100.00, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20.00 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10.00 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80.00 por el análisis y usted pagaría los $20.00 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente $10.00. Por lo tanto, su pago neto es de $10.00, es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de 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.
- 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 cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que habitualmente brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 ¿Qué es 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, se brindará 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 no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

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 hospitalizados* de la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubrirá lo siguiente:

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

Si deja el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan o ya no necesita el equipo de oxígeno por razones médicas, deberá devolverlo.

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

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

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

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

En este capítulo se proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025 este monto es de $2,499.00

Los montos que usted paga por los copagos y coseguros para recibir los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de pago de su bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de pago de su bolsillo. Estos servicios aparecen marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. *Si llega al monto máximo de pago de su bolsillo* de $2,499.00, no

deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Es posible que los proveedores no puedan agregar cargos adicionales, lo que se denomina **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.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, en el caso de emergencias o fuera del área de servicio para recibir servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por 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 nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan 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 fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados 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.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

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

pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y Usted 2025]. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o monitorea por una afección existente durante la visita 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 el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Comparaciones de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 tratamientos en un año 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 está relacionado con una cirugía; y • No está relacionado con un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten 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 del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal 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 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (por ejemplo, • Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. • El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	
Servicios de acupuntura (de rutina/no cubiertos por Medicare)* • 12 visitas al año para servicios de rutina de acupuntura a través de la red WholeHealth Living • Debe acudir a un proveedor de WholeHealth Living Acupuncture para acceder a este beneficio. • Los servicios cubiertos incluyen evaluaciones/exámenes y tratamiento de acupuntura con y sin estimulación eléctrica	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Consulte a su proveedor de Acupuntura sobre los servicios limitados y excluidos. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el 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. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido es de $200 de copago por cada viaje terrestre, por cada trayecto, cubierto por Medicare. Su costo compartido es del 20 % de coseguro por cada viaje en avión, por cada trayecto, cubierto por Medicare. Su costo compartido es de $200 de copago por cada transporte de emergencia mundial por cada de transporte de emergencia en todo el mundo. Usted es responsable de todos los costos restantes hasta que alcance el máximo de gastos de su propio bolsillo. Todos los viajes cubiertos por Medicare (dentro o fuera de la red) se aplicarán al máximo de gastos de su bolsillo dentro de la

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	red.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para 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 (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.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) 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 remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido es de $15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 (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 de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctico (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • La manipulación manual de la columna para corregir una subluxación **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas cubiertas por Medicare.
Servicios de quiropráctico (de rutina/no cubiertos por Medicare)*	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

• 12 visitas al año para servicios de rutina de quiropráctico a través de la red WholeHealth Living
• Debe acudir a un quiropráctico para acceder a este beneficio.
• Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
  ○ Evaluaciones/exámenes
  ○ Manipulación extraespinal
  ○ Procedimientos de radiografías
  ○ Procedimientos terapéuticos que incluyen ejercicios y actividades terapéuticas, tracción, reeducación neuromuscular y terapias manuales
  ○ Masaje realizado por un quiropráctico
• Consulte a su quiropráctico sobre los servicios limitados y excluidos.
 	
***Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.**	

Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • 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 enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, incluidos los enemas de bario. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico. No se requiere coseguro, copago ni deducible para una

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tiene 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	prueba de diagnóstico.
Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare) En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, 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 necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare, consulte la sección Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico, de la Tabla de beneficios médicos.
Servicios odontológicos (de rutina/no cubiertos por Medicare)* Los servicios odontológicos preventivos e integrales están cubiertos a través de Delta Dental. Debe consultar a su dentista DeltaCare USA asignado, excepto en caso de emergencias cubiertas (que están limitadas a $100 por emergencia, menos el costo compartido) o para atención especializada aprobada previamente por Delta Dental.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de diagnóstico ni preventivos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Se aplican limitaciones y exclusiones. 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 de pago de su bolsillo.	Consulte el cuadro de procedimientos de los beneficios odontológicos de rutina que se encuentra después del cuadro de beneficios médicos para obtener una lista completa de los procedimientos odontológicos cubiertos y lo que usted paga por cada procedimiento odontológico cubierto. Copago de $19-$32 para limpiezas profundas Copago de $14 a $43 por empastes Copago de $97-$154 por endodoncias Copago de $325-$388 por coronas Copago de $ 19 a $ 91 por extracciones Copago de $454 por dentaduras completas
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba 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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).	Su costo compartido por equipos de oxígeno de Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. 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.orgproviders. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	es un coseguro del 20 %. Su costo compartido de los scooters eléctricos cubiertos por Medicare es un coseguro del 50 %, y el de todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare es un coseguro del 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 • 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. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su	Su costo compartido de la atención de emergencia es de $140 de copago por visita al departamento de emergencias. Este copago no se aplica si ingresa directamente en el hospital como paciente hospitalizado en un plazo de 36 horas (sí se aplica si ingresa en el hospital como paciente ambulatorio; por ejemplo, si ingresa para observación). Su costo compartido del transporte de

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.	emergencia es un copago de $200 por cada trayecto de transporte de emergencia en todo el mundo.
Atención de emergencia - cobertura en todo el mundo* Dispone de cobertura de atención médica de emergencia en todo el mundo. La atención de emergencia y de urgencia necesaria en todo el mundo está cubierta para los servicios destinados a evaluar o estabilizar una afección médica de urgencia cuando se está fuera de Estados Unidos. Cobertura mundial de los servicios de emergencia: • Esto incluye la atención de emergencia o de urgencia y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • Los procedimientos programados con antelación, planificados de antemano o electivos no se consideran atención de emergencia y no están cubiertos. • Los cuidados de seguimiento, incluidos los cuidados postoperatorios, la rehabilitación y las estadías en centros de enfermería especializada, no se consideran cuidados de emergencia ni de urgencia y por lo tanto no están cubiertos. • Los servicios de rutina que no sean de emergencia prestados por un dentista no están cubiertos. • No está cubiertos los medicamentos que no sean de emergencia que se obtengan fuera de Estados Unidos. Consulte la Sección 3.1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre la atención de emergencia fuera de EE. UU. Para más información, consulte el apartado “Servicios que no cubrimos (exclusiones)” más adelante en este capítulo. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	Su costo compartido de la atención de emergencia en cualquier parte del mundo es un copago de $140 por visita al departamento de emergencias. Su costo compartido del transporte de emergencia es un copago de $200 por cada trayecto en todo el mundo de transporte de emergencia. Se proporciona cobertura mundial hasta $50,000 para todos los servicios en todo el mundo combinados. Deberá regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta *O* deberá recibir la atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Asignación Flex* **Smart Benefits Card &more** Una asignación de gastos flexible que puede utilizarse para pagar los servicios odontológicos, oftalmológicos y auditivos que se ofrecen a través de Smart Benefits Card &more. • Puede utilizar su asignación Flex para servicios/bienes odontológicos y oftalmológicos con la mayoría de los proveedores odontológicos y oftalmológicos. • Puede utilizar su asignación Flex para servicios de audición ofrecidos a través de un proveedor de la red TruHearing. Los beneficios están disponibles el primer día del año y caducan el último día del año en su tarjeta Smart Benefits Card &more. Se aplican limitaciones y exclusiones. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	Beneficio máximo cubierto por el plan de $400 cada año. Los beneficios no utilizados no se transfieren.
Servicios Audición (cubiertos por Medicare) Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor 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 necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
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:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de año diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hasta dos (2) aparatos auditivos del Catálogo TruHearing cada año (límite de un aparato auditivo por oído). • Debe acudir a un proveedor de TruHearing para acceder a este beneficio. La compra del audífono incluye: o Visitas del proveedor durante un año para pruebas y ajustes o Con un período de prueba de 60 días o Garantía ampliada de 3 años o 80 pilas por aparato auditivo para los modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguna de los siguientes beneficios: • Aparatos auditivos de venta libre (OTC) • Moldes de oreja • Accesorios de aparatos auditivos • Visitas adicionales de proveedores • Pilas adicionales; pilas 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 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 de pago de su bolsillo.	Copago de $295 por aparato auditivo para Ayudas Básicas* Copago de $695 por aparato auditivo para Ayudas Estándar* Copago de $1,095 por aparato auditivo para Ayudas Avanzadas* Copago de $1,495 por aparato auditivo para Ayudas Premium*
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada 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 necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	
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 el 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 se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Evaluación de seguridad en el hogar* Tiene derecho a recibir una evaluación de seguridad en el hogar con un terapeuta ocupacional al año, que incluye una revisión exhaustiva del	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
entorno doméstico, la identificación del riesgo de caídas y los peligros relacionados, y recomendaciones de modificaciones de seguridad en el hogar adecuadas para abordar y prevenir los riesgos. El beneficio se ofrece a través del proveedor del plan, Jukebox Health. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o 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 es ingresado en un hospicio tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, deberá seguir pagando las primas del plan. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal</u>: Si necesita	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 Original Medicare, y no por el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no 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 los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios que están cubiertos por el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID19.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio 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 la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.	
Servicios de atención domiciliaria* Tiene derecho a recibir 8 horas al mes de cuidados personales a domicilio a través de un cuidador profesional de CareLinx. Los cuidadores profesionales realizan tareas como acompañamiento, preparación de comidas, baños, recordatorios de medicación, transporte en la comunidad y mucho más. Las horas no utilizadas no se transfieren. Las horas del cuidador deben programarse en incrementos de 2 horas. Se aplican algunas restricciones y limitaciones. El beneficio se ofrece a través del proveedor del plan, CareLinx *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
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, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes.	Su costo comentado es un copago de $200 por cada hospitalización cubierta por Medicare (sin límite de días). No pagará el copago mencionado anteriormente por el día en que le den el alta, a menos que sea ingresado y dado de alta el mismo día. Si recibe atención

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración Con cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes de la sangre • Servicios médicos. **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?* (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? *If You Have Medicare – Ask!* Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.	hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su estado de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. La estadía debe ser una estadía en el hospital cubierta por Medicare (sin límite de días). **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido es un copago de $200. No pagará el copago mencionado anteriormente por el día en que le den el alta, a menos que sea ingresado y dado de alta el mismo día.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si 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 recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • 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 • 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.	Su costo compartido es un copago de $200 por cada hospitalización. Si termina la cobertura de su hospitalización o estadía en un SNF, seguiremos cubriendo los servicios de la Parte B de Medicare al costo compartido aplicable que se indica en otra parte de esta Tabla de beneficios cuando los proporcionen los proveedores de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	
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 remisión 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 Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión 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 prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:	El costo compartido de la insulina está sujeta a un coseguro máximo de $0 por el suministro de insulina

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi, (nombre del genérico lecanemab), que 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 • 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 para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se	para un mes, no se aplica la categoría de servicio ni los deducibles a nivel de plan. Su costo compartido de los medicamentos de quimioterapia y radioterapia tiene un coseguro del 0 al 20 %, según el medicamento: el costo compartido de los demás medicamentos de la Parte B es del 0 al 20 %, según el medicamento.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos 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®, Epoetin Alfa, Aranesp, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) También cubrimos vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Beneficios de fitness en línea* Usted es elegible para el beneficio de fitness (acondicionamiento físico) en línea que incluye: • Programa de ejercicios personalizado y clases diarias en directo disponibles en computadoras, dispositivos móviles o tabletas. • Cientos de clases de fitness en directo y a pedido que incluyen yoga, tai chi, fuerza, equilibrio y mucho más • Orientación experta de entrenadores • Una comunidad compasiva de miles de miembros de Bold en todo el país • Recursos educativos sobre temas relacionados con el ejercicio y el envejecimiento en buena salud • Autoevaluación para identificar el riesgo de caídas El beneficio se ofrece a través del proveedor del plan, RxDiet. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) con agonistas opioides agonistas y antagonistas aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA).	Su costo compartido de los servicios de tratamiento con opiodes tiene un copago de $15 para los servicios cubiertos por Medicare. .

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el trastorno por el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos 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, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración Con cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes de la sangre • Otras pruebas diagnósticas como paciente ambulatorio • Resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (PET). **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido de los servicios radiológicos terapéuticos como paciente ambulatorio y de los suministros médicos es un coseguro del 20 % para los servicios cubiertos por Medicare. Su costo compartido de la resonancia magnética (RM) es un copago de $10 para los servicios cubiertos por Medicare. Su costo compartido de los procedimientos de tomografía computarizada (TC) es un copago de $10 para los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Su costo compartido de la tomografía por emisión de positrones (PET) es un copago de $50 por los servicios cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para otras pruebas diagnósticas, procedimientos, laboratorios y radiografías para los servicios cubiertos por Medicare.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si permanece en el hospital toda la noche, **podría seguir considerándose un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.**	Cuando ingresa directamente en el hospital para observación como paciente ambulatorio, no paga coseguro, copago ni deducible por cada hospitalización cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?* (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? *If You Have Medicare – Ask!* Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números, 24 horas del día, los 7 días de la semana. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico 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 de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	Su costo compartido de atención de emergencia es un copago de $140 por cada visita al departamento de emergencias cubierta por Medicare. Su costo compartido es un copago de $100 por cada intervención quirúrgica ambulatoria cubierta por Medicare. Su costo compartido de hospitalización parcial es un copago de $50 por cada estadía cubierta por Medicare. Su costo compartido de los suministros médicos cubiertos por

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?* (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? *If You Have Medicare – Ask! Si tiene Medicare, ¡consulte!).* Esta hoja informativa está disponible en https://es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf **o llamando al** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Medicare es un coseguro del 20 %.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermera practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido de la atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare es un copago de $15.
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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.	
Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos Tiene cobertura para los servicios de tratamiento de la dependencia de sustancias químicas en régimen ambulatorio (terapia de grupo o individual). **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido de cada uno de los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias cubiertos por Medicare es un copago de $15.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido para la cirugía ambulatoria en un quirófano del hospital o en otros entornos hospitalarios es de un copago de $100. No se requiere 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 medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos, como analgésicos, remedios para el resfriado y vitaminas en la tienda, en los puntos de venta de la red, en línea a través del sitio web Smart Benefits Card&more, o por teléfono. Las asignaciones están disponibles el primer día del trimestre y caducan el último día de cada trimestre en su Smart Benefits Card&more.	Asignación de $50 una vez cada 3 meses. Los beneficios no utilizados no se transfieren.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
No todos los medicamentos de venta libre pueden solicitarse por teléfono. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
Servicios de hospitalización parcial y Servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida 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. *El servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o del consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare es un copago de $50. Su costo compartido por los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare es un copago de $50.
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)* Con un dispositivo PERS tendrá acceso a la ayuda que necesite con solo pulsar un botón. El dispositivo PERS ofrece monitoreo continuo y respuesta de emergencia para obtener ayuda en caso necesario las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El beneficio PERS se ofrece a través del proveedor Connect America. *****Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Planificación personalizada de comidas* Elaboración de recetas y planificación de comidas en línea para el bienestar general y compatibles con más de 21 enfermedades crónicas. Las ventajas incluyen la posibilidad de generar listas de la compra, adquirir ingredientes y recibirlos en la puerta de su casa. El beneficio se ofrece a través del proveedor Rx Diet. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
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 llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los solicita para verificar si usted necesita tratamiento médico • 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 una apoplejía, 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 si se cumple lo siguiente: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 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. • 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. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	
Servicios de podiatría 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.	
Conciliación de la medicación a domicilio después de recibir el alta* Puede optar a recibir una conciliación de la medicación a domicilio hasta 30 días después de recibir el alta en un hospital o centro de enfermería especializada calificados. El beneficio se ofrece a través del proveedor del plan, CareLinx *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Comidas después de recibir el alta* Puede ser elegible para recibir hasta 28 comidas a domicilio hasta 30 días después de recibir el alta de un hospital o de una instalación 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. Las comidas se ofrecen a través del proveedor del plan, GA Foods. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Pruebas 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 (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere 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 protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido	Su costo compartido para los dispositivos protésicos y ortóticos y los suministros relacionados, cubiertos por Medicare, es un coseguro del 20 %.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 Atención de la vista más adelante en esta sección. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido de los dispositivos y suministros de ostomía cubiertos por Medicare es un coseguro del 0 %.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave, y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido por los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare es un copago de $15.
Servicios de transporte de rutina* Reciba hasta 12 viajes sencillos hacia y desde sus citas médicas y la farmacias • Todos los viajes deben ser hacia y desde citas o lugares médicamente relacionados y aprobados por el plan, y se están limitados a transporte terrestre únicamente. • Cada trayecto del viaje no puede ser mayor de 50 millas. • 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 El beneficio se ofrece a través del proveedor Uber Health. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas 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.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles 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 recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. ***Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:*** los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas	No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) 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 ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar la insuficiencia renal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 seis 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.
Servicios para tratar la insuficiencia renal	Su costo compartido por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare es un coseguro del 20 %.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) (Para una definición de los cuidados en un centro de atención de enfermería especializada, véase el capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Cubrimos hasta 100 días por período de prestación de servicios de hospitalización especializada en un centro de enfermería especializada de acuerdo con las directrices de Medicare (no es necesaria una hospitalización previa). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)	Su costo compartido por cada estadía en un centro de enfermería especializadacubierta por Medicare por período de beneficios: Días 1 al 20: Copago de $0 Días 21 al 100: Copago de $100

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración Con cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes de la sangre • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF **Centro de enfermería especializada (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 No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para 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 **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Un período de beneficios comienza el primer día que usted acude a un hospital como paciente hospitalizado o a una instalación de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare. El período de beneficio finaliza cuando no ha estado como paciente hospitalizado en ningún hospital o SNF durante 60 días calendario seguidos.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejarlo con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar, en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.**	Su costo compartido es un copago de $15 por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Apoyo a los cuidadores de los afiliados* Los cuidadores de los miembros afiliados tienen derecho a recibir recursos educativos, ayuda para tomar decisiones de la salud y mucho más. Además, si cumple los requisitos del programa, puede ser elegible por un máximo de 8 horas de ayuda de relevo al año. Los requisitos para recibir ayuda de relevo son los siguientes: • El cuidador familiar debe proporcionar un nivel significativo de cuidados al miembro, lo cual incluye: o Ayuda con las actividades de la vida cotidiana (ADL), como bañarse, vestirse, alimentarse y la movilidad. o Supervisión de miembros con deficiencias cognitivas, como demencia o enfermedad de Alzheimer. o Manejo de enfermedades crónicas que requieren monitoreo y asistencia diarios o frecuentes. • Fatiga del cuidador o riesgo de agotamiento: o El cuidador familiar debe demostrar que necesita ayuda de relevo por fatiga, agotamiento u otros problemas de salud personales. • El cuidador familiar tiene un acceso limitado a otras ayudas para brindar cuidados. El beneficio se ofrece a través del proveedor del plan, CareLinx Las horas no utilizadas no se transfieren. Las horas del cuidador deben programarse en incrementos de 2 horas. Se aplican algunas restricciones y limitaciones. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o 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	Su costo compartido por los servicios de urgencia dentro de nuestra área de servicio es un copago de $15 por cada visita cubierta por Medicare. Su costo compartido por los servicios de urgencia en cualquier parte del mundo es un copago de $50 por

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. **Dentro de 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). **Fuera de nuestra área de servicio:** Tiene cobertura mundial de asistencia urgente cuando viaja si necesita atención médica inmediata por una enfermedad o lesión imprevista y cree razonablemente que su salud se deterioraría gravemente si retrasara el tratamiento hasta regresar a nuestra área de servicio. El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país no está cubierto.	cada consulta cubierta. Los copagos por servicios de urgencia se aplican incluso si lo ingresan en el hospital. Se proporciona cobertura en todo el mundo hasta $50,000 para todos los servicios en todo el mundo combinados.
Atención oftalmológica (cubierta por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos 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 las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. **Puede necesitar una remisión o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o remisión.** **Cuidados de la vista después de la cirugía de cataratas** • Un examen de la vista con dilatación de pupilas según sea necesario • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de la vista y tratamientos médicamente necesarios. **Examen de la vista después de la cirugía de cataratas** Copago de $0 **Ajuste de lentes de contacto y visita de seguimiento después de la cirugía de cataratas** Copago de $40 por el ajuste de lentes de contacto estándar y visita de seguimiento **Anteojos después de la cirugía de cataratas**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Los beneficios de cuidado de la vista después de la cirugía de cataratas se ofrecen a través de EyeMed. Para acceder a estos beneficios debe acudir a un proveedor de EyeMed.	Asignación de $150 por ojo para anteojos (cristales y armazones) o lentes de contacto • 20 % de descuento sobre el saldo del precio de los anteojos • 15 % de descuento sobre el saldo del precio de los lentes de contacto convencionales.
Cuidado de la vista (de rutina/no cubierto por Medicare) • Un examen de rutina de la vista al año • Asignación para anteojos (cristales y armazones) o lentes de contacto • Todos los servicios de rutina para el cuidado de la vista se ofrecen a través de EyeMed. Para acceder a todos los beneficios de cuidado de la vista debe acudir a un proveedor de EyeMed. No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados con, o derivados de... 1. Tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o las estructuras de soporte; 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 los mismos; 4. Entrenamiento ortóptico o visual, ayudas para la vista subnormal y cualquier prueba complementaria asociada; lentes aniseicónicos;	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de rutina de la vista al año. **<u>Imágenes de la retina</u>** Copago de $39 para imágenes de la retina **<u>Ajuste y seguimiento de lentes de contacto</u>** Copago de $40 por el ajuste de lentes de contacto estándar y visita de seguimiento. **<u>Anteojos</u>** Asignación de $150 para anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
5. Cualquier examen de la vista o cualquier material correctivo de la vista exigido para un asegurado como condición de empleo; 6. Gafas 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. Los servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada deje de estar cubierta por la póliza, excepto cuando se entreguen los materiales para la vista pedidos antes de que finalizara la cobertura y los servicios prestados a la persona asegurada se realicen en un plazo de 31 días a partir de la fecha de dicho pedido. 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. Póngase en contacto con EyeMed para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y excluidos. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	• 20 % de descuento sobre el saldo del precio de los anteojos • 15 % de descuento sobre el saldo del precio de los lentes de contacto convencionales
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.
Línea directa de enfermería 24/7* Las enfermeras pueden responder a sus preguntas médicas y ayudarle a decidir si debe acudir a un centro de emergencias, a urgencias o a su médico habitual. La línea directa de enfermería 24/7 solo se ofrece a través del proveedor CareLinx	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
*Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	

Uber y Uber Health RxDiet, Bold, Delta Dental, CareLinx, EyeMed, GA Foods, TruHearing, WholeHealth Living, Jukebox Health y Connect America son marcas comerciales, nombres de productos y marcas registradas de sus respectivos propietarios. La tarjeta prepagada de beneficios de Mastercard® de &more™ es emitida por Avidia Bank, en virtud de una licencia de Mastercard Inc. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato de titular de la tarjeta.

Tabla de procedimientos de los beneficios dentales de rutina

Esta sección contiene una lista de los servicios dentales cubiertos y el monto del copago para cada servicio. Los servicios dentales pueden se recomendados o realizados por el dentista de la red que lo atiende y están sujetos a las limitaciones y exclusiones del programa, según se detalla a continuación. Los servicios prestados están sujetos a revisión para garantizar que la cobertura de los servicios no esté excluida por el programa. Si desea más información sobre los beneficios, consulte las Limitaciones de los beneficios, que se encuentran después del Tabla de procedimientos de los beneficios dentales de rutina. Le recomendamos que analice todas las opciones de tratamiento con su dentista de la red antes de recibir los servicios.

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene como finalidad específica aclarar la prestación de Beneficios conforme al programa de la Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO, por sus siglas en inglés) y no se debe interpretar como nomenclatura, descripciones ni códigos de procedimientos del Current Dental Terminology (“CDT”) CDT-2024, los cuales están protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Asociación Dental Estadounidense (“ADA”). La ADA puede cambiar las definiciones o los códigos del CDT periódicamente. Tales nomenclaturas, descripciones y códigos actualizados pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con las leyes federales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D0100-D0999	**I. DIAGNÓSTICO**	
D0120	Evaluación periódica de la boca, paciente establecido: *dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) por año calendario*	Sin costo
D0140	Evaluación limitada de la boca, enfocada en el problema: *dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) por año calendario*	Sin costo
D0150	Evaluación completa de la boca, paciente nuevo o establecido: *una (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación*	Sin costo
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca, enfocada en el problema, por informe: *dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) por año calendario*	Sin costo
D0170	Reevaluación limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta posoperatoria): *dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) por año calendario*	Sin costo
D0171	Reevaluación, visita posoperatoria al consultorio	Sin costo
D0180	Evaluación periodontal completa, paciente nuevo o establecido: *una (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación*	Sin costo
D0190	Revisión de un paciente: *una (D0190 o D0191) por año calendario*	Sin costo

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D0191	Evaluación de un paciente: *una (D0190 o D0191) por año calendario*	Sin costo
D0210	Intrabucal, serie completa de radiografías: *una (D0210 o D0330) cada 2 años calendario*	Sin costo
D0220	Intrabucal, primera radiografía periapical: *dos (D0220 o D0230)* por año calendario	Sin costo
D0230	Intrabucal, cada radiografía periapical adicional: *dos (D0220 o D0230) por año calendario*	Sin costo
D0270	Radiografía de mordida, una sola radiografía: *un juego de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277*) por año calendario	Sin costo
D0272	Radiografías de mordida, dos radiografías: *un juego de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) por año calendario*	Sin costo
D0273	Radiografías de mordida, tres radiografías: *un juego de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) por año calendario*	Sin costo
D0274	Radiografías de mordida, cuatro radiografías: *un juego de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) por año calendario*	Sin costo
D0277	Radiografías de mordida vertical, de 7 a 8 radiografías: *un juego de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) por año calendario*	Sin costo
D0330	Radiografía panorámica*: una (D0210 o D0330) cada 2 años*	Sin costo
D0350	Imagen fotográfica en 2D bucal o facial tomada de manera intrabucal o extrabucal: *una cada 3 años calendario*	Sin costo
D0419	Evaluación de flujo salival por medición: *una cada 2 años calendario*	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa: *una cada 2 años calendario*	Sin costo
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo bajo: *una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario*	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo moderado: *una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario*	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo alto: *una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario*	Sin costo

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D0701	Radiografía panorámica: solo imágenes	Sin costo
D0702	Radiografía cefalométrica en 2D: solo imágenes	Sin costo
D0703	Imagen fotográfica 2-D bucal o facial obtenida por vía intrabucal o extrabucal: solo imágenes	Sin costo
D0705	Radiografía dental posterior extrabucal: solo imágenes	Sin costo
D0706	Intrabucal: radiografía oclusal, solo imágenes	Sin costo
D0707	Intrabucal: radiografía periapical, solo imágenes	Sin costo
D0708	Intrabucal: radiografía de mordida, solo imágenes	Sin costo
D0709	Intrabucal – serie completa de radiografías – solo imágenes	Sin costo
D1000-D1999	**II. ATENCIÓN PREVENTIVA**	
D1110	*Limpieza* profiláctica, adulto: *Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario*	Sin costo
D1206	Aplicación tópica de flúor: *dos (D1206 o D1208) por año calendario*	Sin costo
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye el barniz: *dos (D1206 o D1208) por año calendario*	Sin costo
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales: *una por año calendario*	Sin costo
D1330	Instrucciones de higiene bucal: *una por año calendario*	Sin costo
D2000-D2999	**III. RESTAURACIÓN**	
- Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes aglutinantes, el recubrimiento indirecto de la pulpa, las bases, los cubrimientos cavitarios y los procedimientos de grabado ácido.		
- El reemplazo de coronas, incrustaciones intracoronarias y restauraciones extracoronarias requiere que la restauración existente tenga 5 años o más.		
- Dos procedimientos de empaste por año calendario (cualquier combinación de D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393 o D2394)		
- Dos procedimientos de corona o incrustación extracoronaria por año calendario (cualquier combinación de D2542 - D2544, D2642 - D2644, D2710 - D2794)		
D2140	Amalgama: una superficie, dientes primarios o permanentes	$14.00
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes primarios o permanentes	$17.00
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes primarios o permanentes	$21.00
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	$23.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D2330	Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes anteriores	$18.00
D2331	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes anteriores	$18.00
D2332	Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes anteriores	$20.00
D2335	Empaste compuesto de resina, cuatro o más superficies (dientes anteriores)	$25.00
D2390	Corona de empaste compuesto de resina, dientes anteriores	$43.00
D2391	Empaste compuesto de resina – una superficie, dientes posteriores	$18.00
D2392	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes posteriores	$25.00
D2393	Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes posteriores	$30.00
D2394	Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores	$33.00
D2542	Incrustación extracoronaria, metálica, dos superficies	$370.00
D2543	Incrustación extracoronaria, metálica, tres superficies	$372.00
D2544	Incrustación extracoronaria, metálica, cuatro o más superficies	$372.00
D2642	Incrustación extracoronaria, porcelana/cerámica, dos superficies	$407.00
D2643	Incrustación extracoronaria, porcelana/cerámica, tres superficies	$409.00
D2644	Incrustación extracoronaria: porcelana/cerámica: cuatro o más superficies	$410.00
D2710	Corona: empaste compuesto de resina (indirecta)	$144.00
D2712	Corona: 3/4 de empaste compuesto de resina (indirecta)	$143.00
D2720	Corona: resina con alto contenido de metal noble	$346.00
D2721	Corona: resina con metal base principalmente	$335.00
D2722	Corona: resina con metal noble	$343.00
D2740	Corona: porcelana/cerámica	$337.00
D2750	Corona: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	$358.00
D2751	Corona: porcelana fundida con metal base principalmente	$344.00
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	$353.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D2753	Corona: porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	$358.00
D2780	Corona: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	$325.00
D2781	Corona: 3/4 de molde de metal base principalmente	$325.00
D2782	Corona, 3/4 de molde de metal noble	$325.00
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	$328.00
D2790	Corona: molde completo con alto contenido de metal noble	$357.00
D2791	Corona: molde completo de metal base principalmente	$344.00
D2792	Corona: molde completo de metal noble	$353.00
D2794	Corona: titanio y aleación de titanio	$388.00
D2915	Recementación o readhesión del perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente: *una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario*	$12.00
D2920	Recementación o readhesión de corona: *una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario*	$12.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, dientes permanentes: *una por diente cada 2 años calendario*	$27.00
D2940	Restauración de protección: *una por diente de por vida*	$9.00
D2950	Reconstrucción del muñón, incluso espigas cuando sea necesario: *una (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario*	$52.00
D2951	Retención de la espiga, por diente, además de la restauración: *Una por diente cada 2 años calendario*	$7.00
D2952	Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente; *incluye la preparación del conducto: Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario*	$92.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, el mismo diente: *uno por diente cada 5 años calendario cuando se factura con D2952*	$114.00
D2954	Perno-muñón prefabricado además de una corona, *perno de metal base; incluye la preparación del conducto: Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario*	$72.00
D2976	Estabilización de banda, por diente	$21.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D2980	Arreglo de corona por falla del material de restauración: *uno por diente cada 2 años calendario*	$118.00
D2982	Arreglo de incrustación extracoronaria por falla del material de restauración*:* Uno por diente cada 2 años calendario	$204.00
D3000-D3999	**IV. ENDODONCIA**	
- Dos procedimientos de conducto radicular por año calendario (cualquier combinación de D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 o D3348)		
- Un conducto radicular (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida		
- Un retratamiento (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario		
D3110	Recubrimiento de la pulpa: directo (no incluye la restauración final)	$13.00
D3120	Recubrimiento de la pulpa: indirecto (no incluye la restauración final)	$12.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final): extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos: *una (D3220 o D3221) por diente de por vida*	$22.00
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes: *uno (D3220 o D3221) por diente de por vida*	$22.00
D3310	Endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	$97.00
D3320	Endodoncia, dientes bicúspides (no incluye la restauración final)	$113.00
D3330	Endodoncia, muela (no incluye la restauración final)	$147.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico	$51.00
D3346	Tratamiento posterior del conducto radicular previo: dientes anteriores	$102.00
D3347	Tratamiento posterior del conducto radicular previo: dientes bicúspides	$120.00
D3348	Tratamiento posterior del conducto radicular previo: molares	$154.00
D3410	Apicectomía, dientes anteriores: *una por diente de por vida*	$82.00
D3421	Apicectomía, dientes bicúspides molar (primera raíz)*: una por diente de por vida*	$90.00
D3425	Apicectomía, muelas (primera raíz): *una por diente de por vida*	$96.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional): *una por diente de por vida*	$30.00
D3430	Empaste retrógrado, por raíz: *una por diente de por vida*	$26.00
D3450	Amputación de la raíz, por raíz: *una por diente de por vida*	$62.00
D4000-D4999	**V. PERIODONCIA**	
- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: *Una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario*	$85.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: *una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario*	$51.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	Sin costo
D4240	Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: *uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario*	$92.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: *uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario*	$55.00
D4249	Alargamiento clínico de corona, en tejido duro: *uno por diente permanente de por vida*	$78.00
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: *una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario*	$130.00
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre): de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: *una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario*	$78.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de los tejidos blandos y óseos, por sitio	$61.00
D4266	Regeneración tisular guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio: *una por diente cada 3 años calendario*	$62.00
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante: *una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario*	$32.00
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante: *una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario*	$19.00
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave; toda la boca, después de una evaluación bucal: *dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario*	Sin costo
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en una consulta posterior: *uno cada 2 años calendario*	$16.00
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de descarga controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente: *una cada 2 años calendario*	$5.00
D4910	Mantenimiento periodontal: *dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario*	$21.00
D4921	Irrigación gingival, con un agente medicinal, por cuadrante: *no es un servicio que se paga por separado*	Sin costo
D5000-D5899	**VI. PROSTODONCIA (extraíble)**	
- Para todas las dentaduras postizas completas y parciales mencionadas, el Copago incluye ajustes, arreglos, recubrimiento y acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros seis meses posteriores a la colocación. Los recubrimientos se permiten 3 meses después de la colocación de una dentadura postiza inmediata. El afiliado debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro del dentista de la red donde se colocó la dentadura postiza originalmente.		
- El reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa requiere que esta tenga 5 años o más.		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar: *una dentadura postiza maxilar (D5110 o D5130) cada 5 años calendario*	$454.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular: *una dentadura postiza mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario*	$454.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar: *una dentadura postiza maxilar (D5110 o D5130) cada 5 años calendario*	$499.00
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular: *una dentadura mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario*	$499.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario*	$410.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario*	$435.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario*	$546.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario*	$546.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario*	$492.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario*	$522.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial*	$656.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
	maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario	
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario*	$656.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes*): una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario*	$415.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario*	$415.00
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario*	$498.00
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y dientes): *una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario*	$498.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar: *dos por año calendario*	$23.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular: *dos por año calendario*	$23.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar: *dos por año calendario*	$24.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular: *dos por año calendario*	$24.00
D5511	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, mandibular: *uno por año calendario*	$23.00
D5512	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, maxilar: *uno por año calendario*	$23.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (cada diente): *uno por año calendario*	$16.00
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular: *uno (D5611 o D5621) por año calendario*	$20.00
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar: *uno (D5612 o D5622) por año calendario*	$20.00
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular: *uno (D5611 o D5621) por año calendario*	$31.00
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar: *uno (D5612 o D5622) por año calendario*	$31.00
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales rotos de retención/ganchos, por diente: *uno (D5630 - D5660) por año calendario*	$30.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente*:* Uno (D5630 - D5660) cada año calendario	$20.00
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente: *una (D5630 - D5660) por año calendario*	$25.00
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, por diente: *una (D5611 - D5660) por año calendario*	$30.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar: *uno cada 2 años calendario*	$77.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular: *uno cada 2 años calendario*	$73.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar: uno cada 2 años calendario	$71.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular: *uno cada 2 años calendario*	$74.00
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el consultorio): *dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario*	$33.00
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el consultorio): *dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario*	$33.00
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio): *dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario*	$32.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio): *dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario*	$32.00
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (indirecto): *dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario*	$55.00
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (indirecto): *dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario*	$55.00
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto): *dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario*	$51.00
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio): *dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario*	$51.00
D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecto: *dos (D5765, D5730, D5740, D5750, D5760, D5731, D5741, D5751 o D5761) por año calendario*	$51.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes), maxilar: *una cada 5 años calendario*	$164.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes), mandibular: *una cada 5 años calendario*	$164.00
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar: *uno por año calendario*	$40.00
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular: *uno por año calendario*	$40.00
D5900-D5999	**VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES: sin cobertura**	
D6000-D6199	**VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE: sin cobertura**	
D6200-D6999	**IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada póntico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])**	
- E*l reemplazo de una corona, un póntico, una incrustación intracoronaria, una incrustación extracoronaria o un dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años o más de antigüedad.*		
- Un póntico (D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252) por diente cada 5 años calendario		

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
- Una incrustación extracoronaria de retención o incrustación intracoronaria de retención (D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614 o D6615) por diente cada 5 años calendario		
- Una corona de retención (D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6780, D6781, D6782, D6783, D6784, D6790, D6791 o D6792) por diente cada 5 años calendario		
D6210	Póntico: molde con alto contenido de metal noble	$323.00
D6211	Póntico: molde de metal base principalmente	$306.00
D6212	Póntico: molde de metal noble	$320.00
D6214	Póntico: titanio y aleaciones de titanio	$404.00
D6240	Póntico: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	$339.00
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal base principalmente	$322.00
D6242	Póntico: porcelana fundida con metal noble	$330.00
D6243	Póntico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$330.00
D6245	Póntico: porcelana/cerámica	$412.00
D6250	Póntico: resina con alto contenido de metal noble	$334.00
D6251	Póntico: resina con metal base principalmente	$318.00
D6252	Póntico: resina con metal noble	$326.00
D6602	Incrustación intracoronaria de retención: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	$281.00
D6603	Incrustación intracoronaria de retención: molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	$300.00
D6604	Incrustación intracoronaria de retención: molde de metal base principalmente, dos superficies	$277.00
D6605	Incrustación intracoronaria de retención: molde de metal base principalmente, tres o más superficies	$294.00
D6606	Incrustación intracoronaria de retención: molde de metal noble, dos superficies	$277.00
D6607	Incrustación intracoronaria de retención: molde de metal noble, tres o más superficies	$296.00
D6608	Incrustación extracoronaria de retención: porcelana/cerámica, dos superficies	$397.00
D6609	Incrustación extracoronaria de retención: porcelana/cerámica, tres o más superficies	$401.00
D6610	Incrustación extracoronaria de retención: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	$360.00
D6611	Incrustación extracoronaria de retención: molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	$364.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D6612	Incrustación extracoronaria de retención: molde de metal base principalmente, dos superficies	$356.00
D6613	Incrustación extracoronaria de retención: molde de metal base principalmente, tres o más superficies	$359.00
D6614	Incrustación extracoronaria de retención: molde de metal noble, dos superficies	$358.00
D6615	Incrustación extracoronaria de retención: molde de metal noble, tres o más superficies	$360.00
D6720	Corona de retención: resina con alto contenido de metal noble	$358.00
D6721	Corona de retención: resina con metal base principalmente	$344.00
D6722	Corona de retención: resina con metal noble	$354.00
D6740	Corona de retención: porcelana/cerámica	$412.00
D6750	Corona de retención: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	$375.00
D6751	Corona de retención: porcelana fundida con metal base principalmente	$357.00
D6752	Corona de retención: porcelana fundida con metal noble	$369.00
D6753	Corona de retención: porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	$375.00
D6780	Corona de retención: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	$345.00
D6781	Corona de retención: 3/4 de molde de metal base predominantemente	$340.00
D6782	Corona de retención: 3/4 de molde de metal noble	$340.00
D6783	Corona de retención: 3/4 de porcelana/cerámica	$412.00
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	$375.00
D6790	Corona de retención: molde completo con alto contenido de metal noble	$375.00
D6791	Corona de retención: molde completo de metal base principalmente	$356.00
D6792	Corona de retención: molde completo de metal noble	$368.00
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija: *una cada 2 años calendario*	$42.00
D6940	Dispositivo dental para el estrés: *uno cada 5 años calendario*	$69.00
D6980	Arreglo de dentadura postiza parcial fija por falla del material de restauración: *uno cada 2 años calendario*	$166.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D7000-D7999	**X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL**	
- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local. *- Tres extracciones por año calendario (cualquier combinación de D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251)*		
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps): *una extracción por diente de por vida*	$19.00
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan extracción de hueso o segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado: *una extracción por diente de por vida*	$29.00
D7220	Extracción de un diente traumatizado, tejido blando: *una extracción por diente de por vida*	$34.00
D7230	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo parcial: *una extracción por diente de por vida*	$45.00
D7240	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total: *una extracción por diente de por vida*	$61.00
D7241	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales: *una extracción por diente de por vida*	$67.00
D7250	Extracción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte): *una extracción por diente de por vida*	$37.00
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional de un diente: *una extracción por diente de por vida*	$91.00
D7270	Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente: *una por diente de por vida*	$73.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado: *una por diente de por vida*	$42.00
D7282	Movilización de un diente erupcionado o que tiene mala posición para ayudar a la dentición: *una por diente de por vida*	$23.00
D7284	Biopsia excisional de las glándulas salivares menores: *una el mismo día*	$76.00
D7286	Biopsia de tejido bucal blando: *una por día*	$152.00
D7288	Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial: *una por año calendario*	$18.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: *una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida*	$32.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: *una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida*	$19.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante: *una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida*	$44.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante: *una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida*	$26.00
D7340	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelización secundaria): *una por arco dentario de por vida*	$78.00
D7350	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluidos los injertos de tejido blando, la reconexión muscular, la revisión de la conexión del tejido blando y el tratamiento del tejido hiperplásico e hipertrofiado): *una por arco dentario de por vida*	$133.00
D7450	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico, diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm: *una por día*	$47.00
D7451	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico, diámetro de la lesión de más de 1.25 cm: *una por día*	$80.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular): *una por cuadrante de por vida*	$68.00
D7472	Extracción del rodete palatino: *una por arco dentario de por vida*	$72.00
D7473	Extracción del rodete mandibular: *una por cuadrante de por vida*	$70.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal: *uno por día*	$22.00
D7922	Colocación de vendaje biológico encajado para asistir en la hemostasis o estabilización del coágulo, por sitio: *incluida en el cargo para un servicio completado*	$3.00
D7953	Injerto de reemplazo del hueso para la preservación de la cresta, por sitio: *una por sitio de por vida*	$109.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco dentario: *una por arco dentario de por vida*	$54.00
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria: *una por diente de por vida*	$31.00
D8000-D8999	**XI. ORTODONCIA. Sin cobertura**	
D9000-D9999	**XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS**	
- Se permite un máximo de 60 minutos de anestesia general o sedación moderada intravenosa por fecha de servicio. Las unidades adicionales no son facturables al paciente ni a Delta Dental		

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
- Se permite un D9222 por día y todos los D9222 posteriores se convertirán en D9223		
- Se permite un D9239 por día y todos los D9239 posteriores se convertirán en D9243		
D9110	Tratamiento paliativo de dolor de dientes, por visita: *uno por día*	$18.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	Sin costo
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	Sin costo
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	$16.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incremento cada 15 minutos: *tres D9223 por día*	$16.00
D9230	Inhalación de óxido nitroso/ansiólisis, analgesia: *tres por año calendario*	$9.00
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) – cada 15 minutos adicionales	$16.00
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (en estado consciente), incremento cada 15 minutos: *tres D9243 por día*	$16.00
D9248	Sedación no intravenosa en estado consciente: *tres por año calendario*	$38.00
D9310	Consulta, servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico distinto al dentista o médico que lo solicita: *una de por vida por proveedor*	$13.00
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud	$10.00
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual) – no se brindan otros servicios	Sin costo
D9440	Visita al consultorio, después del horario habitual: *una por año calendario*	Sin costo
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación extensa y detallada del tratamiento	Sin costo
D9910	Aplicación de medicamento para quitar la sensibilidad	Sin costo
D9930	Tratamiento de complicaciones (posteriores a la cirugía) – circunstancias inusuales, por informe	Sin costo
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	$5.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SU RESPONSABILIDAD
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	$5.00
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	$5.00
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	$5.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado: *uno cada 5 años calendario*	$15.00
D9952	Ajuste oclusal, completo: *uno cada 5 años calendario*	$64.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco dentario; incluye los materiales y la fabricación de bandejas personalizadas: *se limita a una bandeja y un gel de blanqueamiento para dos semanas de autotratamiento*	$57.00
D9990	Traducción certificada o servicios de lenguaje de señas: por visita	Sin costo
D9991	Gestión de casos dentales: obstáculos en el cumplimiento de las citas	Sin costo
D9992	Gestión de casos dentales: coordinación de la atención	Sin costo
D9995	Teleodontología, síncrona; servicios en tiempo real	Sin costo
D9996	Teleodontología asíncrona: información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior	Sin costo
D9997	Manejo de caso dental: pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud	Sin costo

Servicios odontológicos – Limitaciones de los Beneficios

1. La frecuencia de algunos Beneficios es limitada. Todos los límites de frecuencia se señalan en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del Dentista de la Red o del personal clínico de Delta Dental:
    a. presente un pronóstico reservado de un resultado satisfactorio y una duración razonable según el estado de los dientes o de las estructuras circundantes; o
    b. no cumpla las normas generalmente aceptadas de la odontología; o
    c. sea un servicio considerado inclusivo o parte de otro procedimiento que no puede cobrarse por separado.
3. Evaluaciones de la boca limitadas (D0140, D0170, D0171, D0190 y D0191) no pueden facturarse al paciente el mismo día que los códigos D0120 o D0150.
4. Las radiografías de toda la boca y las radiografías (D0210) se limitan a un juego cada 2 años calendario e incluyen cualquier combinación de periapicales (D0220, D0230) y radiografías de

mordida (D0270, D0272, D0273, D0274, D0277). Los beneficios se limitan a una serie completa de radiografías intrabucales (D0210) o a una radiografía panorámica (D0330) en dos años calendario. Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie intrabucal completa. Las radiografías de mordida de cualquier tipo están incluidas en los cargos de una serie completa cuando se toman dentro de los 6 meses siguientes a las radiografías completas.

5. Un empaste es un beneficio para la eliminación de caries, para arreglos menores de la estructura dental o para el reemplazo de un empaste perdido.
6. Una reconstrucción de muñón (D2950) o perno-muñón (D2952, D2954) por diente cada 5 años. Estos servicios incluyen los cargos de restauraciones de resina y amalgama realizadas en la misma fecha de servicio.
7. Un procedimiento de retención de la espiga (D2951) por diente cada 5 años calendario cuando se factura con restauración de resina o amalgama. D2951 se incluye con D2950 o D2952, si se factura por separado.
8. Los recubrimientos directos o indirectos de la pulpa se consideran un beneficio únicamente cuando se los coloca en un diente permanente vital con ápice abierto o en un diente primario vital.
9. A excepción del recubrimiento de la pulpa y las pulpotomías, los procedimientos de endodoncia (por ejemplo, el tratamiento del conducto radicular, apicectomía, reconstrucción, etc.) únicamente son beneficios para dientes permanentes que presenten alguna patología.
10. La pulpotomía terapéutica de un diente permanente se limita al tratamiento paliativo cuando el dentista contratado no realiza un tratamiento de conducto radicular.
11. Una corona es un beneficio cuando no haya una estructura dental suficiente para soportar un empaste o para reemplazar una corona existente que no sea funcional y no pueda arreglarse. El reemplazo de coronas requiere que la restauración tenga 5 años o más.
12. La limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular (D4341, D4342) no pueden facturarse al paciente el mismo día que la profilaxis (D1110).
13. La limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular se limitan a uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario.
14. La limpieza de una dentadura postiza es un beneficio solo cuando el paciente está completamente desdentado. Si está parcialmente sin dientes, este servicio está incluido en el cargo del procedimiento D1110, D1120, D4346 o D4910.
15. El desbridamiento bucal completo (sarro visible) se limita a un tratamiento cada dos años calendario.
16. El reemplazo de una incrustación intracoronaria, incrustación extracoronaria, corona, dentadura postiza parcial fija (puente) o dentadura postiza completa o parcial extraíble existente está cubierto cuando:
    a. La restauración, el puente o la dentadura postiza existente ya no es funcional ni puede volver a serlo mediante un arreglo o un ajuste; y se colocó hace cinco años o más antes de su reemplazo; o
    b. Una dentadura postiza parcial existente tiene menos de cinco años de antigüedad, pero debe reemplazarse con una dentadura postiza parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural que no pueda reemplazarse mediante la adición de otro diente a la dentadura postiza parcial existente; o
    c. Una dentadura postiza parcial fija existente (puente) tiene menos de 5 años de antigüedad, pero debe reemplazarse con una dentadura postiza parcial fija nueva debido a la pérdida de un diente natural.

17. El reemplazo de una dentadura postiza parcial extraíble con una dentadura postiza completa está cubierto, en el periodo de limitación de frecuencia de 5 años, cuando se pierden los dientes naturales.
18. Reparación de la base, recubrimientos, arreglos y acondicionamiento de tejidos están incluidos en la tarifa inicial de la dentadura en los primeros 6 meses a partir de la colocación inicial. Los recubrimientos se permiten 3 meses después de la colocación de una dentadura postiza inmediata.
19. Las dentaduras postizas parciales provisionales (prótesis parciales de acrílico) se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos a adultos durante un periodo de recuperación.
20. Si existe un puente fijo o una dentadura postiza extraíble que se reemplazaría con una prótesis nueva sostenida por implantes, el dispositivo existente debe ser elegible para el reemplazo según los términos del contrato.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

Si usted 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 recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	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. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		• Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención 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**	
Aparatos auditivos		Excepto en los casos descritos específicamente en los Beneficios Cubiertos

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Entrega de comidas a domicilio		Excepto en los casos descritos específicamente en los Beneficios Cubiertos
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		Excepto en los casos descritos específicamente en los Beneficios Cubiertos
Servicios de un naturoterapeuta (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**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		• Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. • Excepto en los casos descritos específicamente en los Beneficios Cubiertos
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 Original Medicare	**No cubiertos en ninguna situación**	

CAPÍTULO 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su 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 el apartado 2 de este capítulo) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Ver la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento necesite autorización antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones sobre su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos

los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy, o llamar a Servicios para los miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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 cuidados de larga plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados paliativos (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro LTC, póngase en contacto con el Servicios para los miembros.
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud Indígena / 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 que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el Directorio de farmacias *Pharmacy Directory* UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy o llame a Servicios para los miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del 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 a 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 con el programa Direct Mail® de MedImpact administrado por Birdi™, consulte las opciones siguientes:

Opción Núm. 1: Su médico le envía a Birdi™ su receta médica
Su médico envía su receta médica a Birdi™ electrónicamente 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 Núm. 2: Acceda a nuestro sitio web
Acceda al sitio web de MedImpact en www.medimpact.com para solicitar una nueva receta o una transferencia desde 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 Núm. 3: Envíe por correo su receta a Birdi™
Acceda a www.medimpact.com y seleccione Documents -> Medication Order Form (Documentos -> Formulario de pedido de medicamento). Imprima y envíe el formulario con sus recetas a:

Birdi™
PO Box 8004
Novi, MI 48376-8004

Opción Núm. 4: Llamar
Llame a Birdi™ al 1-855-873-8739. Nuestro centro de atención al paciente está abierto de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Abrimos los sábados de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este, y cerramos 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 Servicios para miembros de MedImpact si su pedido de farmacia por correo se retrasa y necesita ayuda.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos

que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- 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 por teléfono 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 con receta nuevo, comuníquese con nosotros por teléfono al 1-855-873-8739.

Si usted 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 informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar 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 por teléfono 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 se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite 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 con receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su medicamento con receta. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

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

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

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del 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. Es posible que otras farmacias minoristas no estén de acuerdo con los montos de costo compartido menores de pedido por correo. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias*, UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. 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.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

Cubriremos los medicamentos con receta que se obtienen en una farmacia fuera de la red para una emergencia médica solo si no puede utilizar una farmacia de la red. 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. He aquí una situación que consideraríamos una urgencia médica:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en una de nuestras farmacias de la red para una afección médica urgente que requiere tratamiento inmediato, porque 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.

Generalmente, si necesita usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total y no su copago estándar en el momento de surtir la receta. Posteriormente, puede solicitar el reembolso de la parte del costo del medicamento que está cubierto en su plan de salud.

Si tiene previsto viajar fuera de EE. UU., le recomendamos que solicite una cantidad adicional de su medicamento antes del viaje. Es lo 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y se 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 Administración de Alimentos y Medicamentos 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 (AHFS) 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 con receta 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.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta 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.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido 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 Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

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

- El costo compartido del Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos
- El costo compartido del Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos
- El costo compartido del Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos
- El costo compartido del Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos
- El costo compartido del Nivel 5 incluye medicamentos de especialidad

El nivel 1 es el más bajo y el nivel 5 es el más alto.

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay *cuatro* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le hemos proporcionado electrónicamente. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la "Lista de medicamentos" proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos.
2. Visite el sitio web del plan en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/formulary. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan, UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources, o llame a Servicios para los miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver

un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Para averiguar 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 del plan están destinadas a alentarlo 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 costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe 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. (Ver Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. 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 el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por 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 sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento 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 de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**

- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser, vaya a la sección 5.3 para saber lo que puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, aquí tiene opciones:

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

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que 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 ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O BIEN **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 el plan**.**
- **Si estuvo inscrito en el plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- 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 por vez para evitar el uso indebido).
- **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 un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

El UCLA Health Medicare Advantage Plan se asegurará de que en el entorno de cuidados a largo plazo: (1) la política de transición prevé un suministro temporal único de al menos un mes (a menos que el afiliado presente una receta por un período menor), el cual debe suministrarse de forma incremental y con múltiples suministros en caso necesario durante los primeros 90 días de inscripción del beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del afiliado. En el caso de los afiliados ingresados o dados de alta de un centro de cuidados a largo plazo, las modificaciones de resurtido anticipado no se utilizan para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, los miembros pueden acceder a un resurtido en el momento del ingreso o del alta.

- **Para los miembros que se trasladan de un centro de cuidados a largo plazo (LTC) o de una estadía hospitalaria a su hogar:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 30 días, o menos si su receta es para menos días.

- **Para los miembros que se trasladan de su hogar o de una estadía hospitalaria a un centro de cuidados a largo plazo (LTC):**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 31 días, o menos si su receta es para menos días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

En el período 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 dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4 se indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramita con prontitud y de manera justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto?

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

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel inferior de costo compartido que pueda resultarle igualmente eficaz. Llame a Servicios para los miembros 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 al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento, de manera que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4 se le indica lo que hay que hacer. Explica los procedimientos y fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite con prontitud y de manera justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 4 - Medicamentos no preferidos no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de participación en los gastos 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 del plan.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se describen en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

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. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año actual 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 costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido 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 quitando 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.

- **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 costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que añadamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios 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 no seguro o retirarse del mercado por otra razón. 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, podemoshacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas 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 cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen 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.

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 costo compartido.
- 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 esté tomando (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 del costo compartido 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 período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre 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 American Hospital Formulary Service Drug Information 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 Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

- 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 cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. El medicamento excluido cubierto Sildenafil (Viagra genérico) está cubierto hasta una cantidad de 6 cada 30 días. El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 6, Capítulo 6 de este documento, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional" de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para los miembros. Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcionar su información de miembro

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria,o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

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

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) 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 con receta 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 averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para 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 para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

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

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede 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 dar 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

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo 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 está tomando 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 esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.2 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 (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos con 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 con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos con opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene 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.
- 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 puede obtener 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. Tendrá 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 relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le colocará en un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o reside en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de gestión de la terapia farmacológica (MTM) para ayudar a los afiliados a gestionar 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 (Medication Therapy Management, 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 ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, 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, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán 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 identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

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 con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un inserto 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 para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizaremos el término "medicamento" para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D, algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare 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. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para consultar la cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener información de la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**, y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el 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 1.3 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 <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

<u>Los costos que paga de su bolsillo incluyen</u> 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 para 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 de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúan en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de ayuda para medicamentos contra el SIDA, los planes de salud de empresas o sindicatos, TRICARE o por el Indian Health Service (Servicio de Salud Indio). También se incluyen los pagos hechos por el programa "Ayuda adicional" de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,000.00 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos <u>no se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

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

- 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 del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos hechos por la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, 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 anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted deberá informarlo a nuestro plan por medio de una llamada a Servicios para los miembros.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,000.00, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan?

Hay tres **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta según el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede

ver los detalles de cada etapa en las Secciones de 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se le denomina **costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud sindicato o empleador, TRICARE, Servicio de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios* (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 con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos 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 incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus 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 miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. 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. **Estos son algunos 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 con 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 al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que 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, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado 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 (ADAP), el Servicio de Salud Indio 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.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D,* revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para el UCLA Health Medicare Advantage Plan

No hay deducible para el UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

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, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta 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.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

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

- El costo compartido del Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos
- El costo compartido del Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos
- El costo compartido del Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos
- El costo compartido del Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos
- El costo compartido del Nivel 5 incluye los medicamentos de nivel de especialidad

  El nivel 1 es el más bajo y el nivel 5 es el más alto
- Usted paga $35.00 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en los Niveles 3 y 4. Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del 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 de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan en UCLA Health Medicare Advantage.org/pharmacy.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel del costo compartido.

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.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta *30* días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (suministro de hasta *30* días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)** (suministro de hasta *31* días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta *30* días)
Nivel 1 de costo compartido *(Medicamento genérico preferido*)	*Copago de $0*	*Copago de $0*	*Copago de $0*	*Copago de $0*
Nivel 2 de costo compartido (*Medicamentos genéricos*)	*Copago de $0*	*Copago de $0*	*Copago de $0*	*Copago de $0*
Nivel 3 de costo compartido *(Medicamentos de marca preferidos*)	*Copago de $47.00*	*Copago de $47.00*	*Copago de $47.00*	*Copago de $47.00*
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos insulínicos)	*Copago de $35.00*	*Copago de $35.00*	*Copago de $35.00*	*Copago de $35.00*
Nivel 4 de costo compartido (*Medicamento no preferido*)	*Coseguro del 45 %*	*Coseguro del 45 %*	*Coseguro del 45 %*	*Coseguro del 45 %*
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	*Coseguro del 33 %*	*Coseguro del 33 %*	*Coseguro del 33 %*	*Coseguro del 33 %*

No pagará más de $35.00 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos.

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

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 con receta 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 de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted 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 pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro a *largo plazo* (100 días) de un medicamento

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- 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.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 100 días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido *(Medicamento genérico preferido*)	*Copago de $0*	*Copago de $0*
Nivel 2 de costo compartido (*Medicamentos genéricos*)	*Copago de $0*	*Copago de $0*
Nivel 3 de costo compartido *(Medicamentos de marca preferidos*)	*Copago de $141.00*	*Copago de $117.50*
Nivel 3 de costo compartido **(Medicamentos insulínicos)**	*Copago de $105.00*	*Copago de $87.50*
Nivel 4 de costo compartido (*Medicamentos no preferidos*)	*Coseguro del 45 %*	*Coseguro del 45 %*
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	*N/A*	*N/A*

Usted no pagará más de $70.00 por un suministro de hasta dos meses o $105.00 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto sin importar el nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000.00

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000.00 Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta 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.

La EOB de la Parte D que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,000.00 que paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $2,000.00 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, 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.
- En el caso de los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga un copago de $47.00 por un suministro para 30 días.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga

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 del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para los miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

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

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.
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. Alternativamente, 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.

- A veces, 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 le 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 tres 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 deberá pagarle a la farmacia el coseguro *o* 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 le 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 o copago por la administración de la vacuna.

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le administraron la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o 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 que usted recibió por concepto de 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 con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva 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 que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte 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 se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este documento. 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 los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

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

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos 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 debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía 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 al 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 del costo compartido 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 costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el 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 rembolso.

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 deberá 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 la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información 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 miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del 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 de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del 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.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una 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 con receta** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (UCLAHealthMedicareAdvantage.org) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario.

Para las reclamaciones médicas, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas detalladas, los historiales médicos y los comprobantes de pago o recibos a esta dirección:

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

Para las reclamaciones de medicamentos con receta, 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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica 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 3.2 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, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

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 español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales impresos están disponibles en inglés y en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo al 1-833-627-8252. También puede presentar una queja 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 a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del 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 del 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 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 período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información

acerca de sus medicamentos con receta 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 usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

SU PRIVACIDAD ES IMPORTANTE PARA EL UCLA HEALTH MEDICARE ADVANTAGE PLAN
El UCLA Health Medicare Advantage Plan comprende lo importante que es para usted su información médica personal. El UCLA Health Medicare Advantage Plan se compromete a proteger su información. También cumplimos las leyes federales y estatales que regulan su información médica. Utilizamos su información médica (y permitimos que otros la tengan) solamente de la manera en que lo permiten las leyes federales y estatales. Estas leyes le otorgan determinados derechos en relación con su información médica. Este Aviso describe las prácticas de privacidad de UCLA Health Medicare Advantage Plan, incluidos todos nuestros miembros del personal con acceso a su información médica.

SUS DERECHOS
Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

OBTENER UNA COPIA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO Y REGISTROS DE RECLAMACIONES
- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de expediente médico y registros de reclamaciones y otra información de médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.

- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su expediente médico y registro de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable y basada en el costo.

SOLICITUDES DE CORRECCIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO Y LOS REGISTROS DE RECLAMACIONES

- Usted puede pedirnos que corrijamos su expediente médico y registros de reclamaciones si cree que son erróneos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir "sí" si usted nos manifiesta que estaría en peligro si no lo hacemos.

SOLICITAR UN LÍMITE A LA INFORMACIÓN QUE USAMOS O COMPARTIMOS

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría los cuidados de salud que recibe.

OBTENER UNA LISTA DE AQUELLOS CON QUIENES HEMOS COMPARTIDO SU INFORMACIÓN

- Usted puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha en que usted la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado que hagamos). Le proporcionaremos un recuento al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable y basada en el costo si solicita otra antes de transcurridos 12 meses.

OBTENER UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

ELEGIR A ALGUIEN QUE ACTÚE EN SU NOMBRE

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial para atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
  Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

PRESENTAR UNA QUEJA SI CREE QUE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD HAN SIDO INFRINGIDOS

- Usted puede quejarse si considera que hemos infringido sus derechos y para ello debe ponerse en contacto con nosotros usando la información siguiente.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a
  200 Independence Avenue S.W.,
  Washington, D.C. 20201
  Llamando al 1-877-696-6775
  O visitando el sitio web *Filing a HIPAA Complaint | HHS.gov*

- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS ELECCIONES

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

EN ESTOS CASOS, USTED TIENE EL DERECHO Y LA OPCIÓN DE DECIRNOS QUÉ:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado.
- Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre.

  Si usted no puede decirnos cuál es su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

EN ESTOS CASOS, NUNCA COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN A MENOS QUE USTED NOS DÉ PERMISO POR ESCRITO:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES: ¿CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS TÍPICAMENTE SU INFORMACIÓN DE SALUD?

Típicamente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

AYUDAR A ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBE.

- Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le están tratando.
  Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

DIRIGIR NUESTRA ORGANIZACIÓN
- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le daremos cobertura ni para fijar el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado de salud de largo plazo.
  Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

PAGAR POR SUS SERVICIOS DE SALUD
- Podemos usar y divulgar su información médica al pagar sus servicios de salud.
  Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

OTROS USOS: ¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?
Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, véase:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

AYUDAR CON ASUNTOS DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD
Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones, como por ejemplo:
- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

REALIZAR INVESTIGACIÓN
- Podemos usar o compartir su información para realizar investigación en el campo de salud.

CUMPLIR CON LA LEY
- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA
- No utilizaremos ni divulgaremos su PHI cuando se solicite para investigar o exigir responsabilidades a personas, proveedores de atención sanitaria u otras personas que busquen, obtengan, proporcionen o faciliten atención médica reproductiva legal, o para identificar a personas para dichas actividades.
- Para determinadas solicitudes (actividades de supervisión de la salud, procedimientos judiciales y administrativos, fines de cumplimiento de la ley y divulgación de información sobre fallecidos a médicos forenses y patólogos forenses), obtendremos una declaración firmada del solicitante o solicitantes para garantizar que la solicitud de información médica

protegida, potencialmente relacionada con la atención médica reproductiva, no esté dispuesta para un propósito prohibido, como se ha indicado anteriormente.

RESPONDER A LAS SOLICITUDES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y TRABAJAR CON UN MÉDICO FORENSE O DIRECTOR DE FUNERARIA

- Podemos compartir su información médica con organizaciones para la obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, patólogo forense o director de funeraria cuando una persona muere.

BRINDAR ATENCIÓN A LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES, LA APLICACIÓN DE LA LEY Y OTRAS SOLICITUDES DEL GOBIERNO

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación a los trabajadores
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial del orden público
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno, como las militares, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

RESPONDER A DEMANDAS Y ACCIONES JUDICIALES

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de dicho aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. Para más información, véase: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en UCLAHealthMedicareAdvantage.org, y le enviaremos una copia por correo.

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE APLICA A LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES

UCLA Health Medicare Advantage Plan
5757 West Century Blvd., Suite 200
Los Angeles, CA 90045
Sitio web: UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Privacy Officer
Correo electrónico: HPPrivacy@mednet.ucla.edu
Teléfono: 1-310-302-4092
Sitio web: UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del 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 para medicamentos con receta 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 el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su 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 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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:

- **Saber acerca de 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 son 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. Desde luego que, 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

Si desea más información sobre Instrucciones anticipadas, visite https://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 esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles 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 sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones 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 instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles 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 instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una directiva avanzada y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services).

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 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

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 para tratar el problema que está enfrentando:

- **Puede llamar a Servicios para los miembros.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a Servicios para los miembros.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
    - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **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 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, 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 miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta 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 del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del 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 para medicamentos con receta.

  - 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 del 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, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado 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 guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos 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 ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible

que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, 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 ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048.
- También puede ingresar en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿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 con receta 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 siguiente de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

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

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 del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. 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 otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 ya no tiene cobertura de Medicare para usted. 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 se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado 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 conectada 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, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- **Puede llamarnos a Servicios para los miembros**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/AOR)
    - Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos con receta 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.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *de Nombramiento de representante*. (El formulario está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/AOR). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
    - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **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 remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: 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 [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

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

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de

medicamento con receta 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 cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el 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 el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el 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 que tenía 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 14 días calendario o de las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Puede *solicitar* cobertura *solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándar.
    - Que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, 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 de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, 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 nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

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

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

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una 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 para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso 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.**

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 cuando rechazamos su solicitud.

- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos 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 exige.
    - **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - 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 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 recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare 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 salud así lo exige.
    - **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte 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 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 con receta de la Parte B de Medicare.
- **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.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** (Independent Review Entity). 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: 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**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente

no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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 con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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.

- **Si la organización de revisión 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 aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, 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 **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **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 llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
    - Explicar su decisión.
    - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que

recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por 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 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 a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación 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 dentro de30 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 con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. 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, consulte 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 con receta 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*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse 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 y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal
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 cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de una cantidad inferior de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido 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 con receta 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 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario.** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**. Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir 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 tres 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 para usted 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 del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o para medicamentos genéricos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
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 a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel inferior de costo compartido.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, 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 costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido 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 costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido 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 costo compartido en los gastos de ningún medicamento del Nivel 5.
    - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido 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 deben 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, la 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, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido 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 del 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 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las decisiones de cobertura estándarse toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápida** 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 de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida 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 de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida 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 de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, 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 de cobertura rápida, 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 de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. 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 modelo de cobertura de los CMS que está disponible en* nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/determination. El Capítulo 2 contiene información de contacto. 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.

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 de este capítulo 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 de cobertura rápida

- 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 exige.
    - 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.
- **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 y cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- 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 de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - 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.
- **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.
- **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 medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, 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 de cobertura rápida 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 contacto.
- **En el caso de apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-833-627-8252. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid CMS* (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web UCLAHealthMedicareAdvantage.org/redetermination. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso 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.

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 exige.
    - 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. 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 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 un medicamento que aún no ha recibido

- 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 exige.
    - 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. 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 nunca después de **7 días calendario** 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.
- **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.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento 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 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** (Independent Review Entity). 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 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. Sin embargo, 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 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.**
- 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 relacionada con su apelación.

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 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 recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de 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 para 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 para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **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 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:

- Explicar su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 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 lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el 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 dos días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los que tienen 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 necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que 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 en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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 del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (An Important Message from Medicare About Your Rights [*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O 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 todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba 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 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.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben de llamar al 1-877- 486-2048). O puede ver un aviso de

muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que 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 (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *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 *posterior* 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 reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de 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 Paso a paso: 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 tomaron 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 se pone 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 la acepta:

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

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 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.

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén 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 alguno de los tres 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 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

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

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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.

<u>Paso 1:</u> 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*. Si no cumple el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con Organización para la mejora de la calidad.

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

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le 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.

<u>Paso 3:</u> 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

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

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

Paso 1: Usted se pone 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 acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido 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.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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 tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

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

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 tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un 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 para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, 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 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 Distrito** revisará su apelación.

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

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 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 nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las 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 *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, 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 **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede ponerse en contacto con el Servicio para los miembros llamando al 1-833-627-8252, (TTY 711). Póngase en contacto con nosotros de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
- Para presentar una queja por escrito, puede ir a nuestro sitio web UCLAHealthMedicareAdvantage.org/appeals para descargar el Formulario de apelaciones y quejas (Appeals and Grievance Form) 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.

  Descargue y complete el Formulario de apelaciones y quejas y envíelo por correo o fax al plan UCLA Health Medicare Advantage.

  Por correo: UCLA Health Medicare Advantage Plan
  PO Box 211622
  Eagan, MN 55121

  Fax: 1-424-320-8517
- **Si tiene una queja, intentaremos resolverla por teléfono.** Si no podemos resolver su queja por teléfono, disponemos de un procedimiento formal para revisar sus quejas. Su queja debe explicar lo que le preocupa, por ejemplo, por qué no está satisfecho con los servicios recibidos. Consulte el Capítulo 2 para saber a quién debe dirigirse en caso de tener una queja.
  - Debe presentarnos su queja (verbalmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos atender su queja tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 30 días calendario después de recibirla. Podemos ampliar el plazo para tomar nuestra decisión hasta 14 días calendario si usted lo solicita, o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso favorece a sus intereses.
  - Le enviaremos una carta informándole de que hemos recibido la notificación de su preocupación en un plazo de 5 días calendario y le daremos el nombre de la persona que está trabajando en ello. Normalmente lo resolveremos en un plazo de 30 días calendario.
  - Puede presentar una queja expedita sobre nuestra decisión de no agilizar una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos, o nuestra decisión de ampliar el tiempo que necesitamos para tomar una decisión sobre una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos. Debemos responder a su

reclamación expedita, también llamada queja expedita, en las 24 horas siguientes a su recepción.

- Si no está satisfecho con la resolución de su queja, puede ponerse en contacto con el departamento de Servicios para los miembros para solicitar una revisión adicional.

- 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.

- **Si desea presentar su queja verbalmente, haremos todo lo posible por intentar resolver sus dudas por teléfono.** Si no podemos resolver su queja por teléfono, disponemos de un procedimiento formal para revisar sus quejas. Su queja debe explicar su preocupación, por ejemplo, por qué no está satisfecho con los servicios que ha recibido. Consulte el Capítulo 2 para saber a quién debe dirigirse en caso de tener una queja.
  - Debe presentarnos su queja (verbalmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos atender su queja tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero no más tarde de 30 días naturales después de recibirla. Podemos ampliar el plazo para tomar nuestra decisión hasta 14 días calendario si usted lo solicita, o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso favorece a sus intereses.
  - Puede presentar una queja expedita sobre nuestra decisión de no agilizar una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos, o nuestra decisión de ampliar el tiempo que necesitamos para tomar una decisión sobre una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos. Debemos responder a su reclamación expedita en un plazo de 24 horas.
- 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.

<u>Paso 2:</u> 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 es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

- **Si no estamos de acuerdo** con 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 10.4 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 dos 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 brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

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

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben de llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en el UCLA Health Medicare Advantage Principal 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 con receta 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 Período de inscripción anual

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

- **El Período de inscripción anual** 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 con receta.
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
    - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si elige esta opción, 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 con receta 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.

- **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 Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

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

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

En determinadas situaciones, los miembros del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid)

- Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. 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 con receta,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta 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 cambiar su plan.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta 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 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

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

- **Llame a Servicios para los miembros**.
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2025* (*Medicare y Usted 2025*).**

- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	**Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción** Comuníquese con Servicios para los miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048. Su inscripción en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

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 con receta, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **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 El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- 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 del 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 del plan durante tres meses calendario.
    - Debemos notificarle por escrito que tiene tres meses calendario para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- 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 para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 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 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del Estado en el que usted vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, identidad de género, embarazo, orientación sexual, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencias 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 www.hhs.gov/ocr/index.html.

Plan UCLA Health Medicare Advantage:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles del UCLA Health Medicare Advantage Plan.

UCLA Health Medicare Advantage Plan
Attention: Civil Rights Coordinator
5757 West Century Blvd., Suite 200

Los Angeles, CA 90045

Teléfono: 310-302-4092
Correo electrónico: HPCompliance@mednet.ucla.edu
Sitio web: UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Usted puede presentar una queja por teléfono, por correo postal o por correo electrónico al Coordinador de Derechos Civiles. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.
También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo postal o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, como 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 de palabras importantes

"Ayuda adicional". Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

"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, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, 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.

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 con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio. Se refiere a un área geográfica donde usted debe residir para poder 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 (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia. Son 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.

Autorización previa. Es la aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud 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).

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 relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

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 (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar o **cancelación de la inscripción.** Es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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.

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.

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

Cobertura acreditable para medicamentos con receta. Se refiere a la cobertura de 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.

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

Copago. 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 con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10.00) más que un porcentaje.

Coseguro. Es 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 con receta.

Costo compartido diario. Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario 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 $30.00, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1.00 por día.

Costo compartido. Se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe 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 recibe un medicamento o servicio específico.

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.

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

Cuidado asistencial. Es 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.

Cuidados en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Son servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación 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.

Deducible. Es el monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura. Es una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el 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 su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

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.

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.

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.

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 intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,000.00 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial. Esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

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

Excepción. Es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (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).

Facturación del saldo. Es cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, solo tiene que pagar los montos del costo compartido 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 del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red. Es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

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.

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. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización. Una hospitalización ocurre cuando se le ingresa formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada. Se refiere al uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias, como la Guía de Información de Medicamentos del American Hospital Formulary Service (AHFS) y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Límites de cantidad. Es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos). Es una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

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.

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.

Medicamento de marca. Es un medicamento con receta 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 con nombre de marca.

Medicamento genérico. Es un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, 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.

Medicamentos cubiertos. Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

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.

Medicare Advantage (MA) Plan. A veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

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).

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.

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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, 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 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.

Monto máximo de pago de su bolsillo. Es el importe 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 de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que 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.

Multa por inscripción tardía de la Parte D. Se refiere a un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para 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 período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido. Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, 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.

Original Medicare (**Traditional Medicare or Fee-for-Service Medicare**). Se refiere al plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C. Consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

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

Período de beneficios. La forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. **Producto biológico.** Es un medicamento con receta 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. (Consulte también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

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

durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual. Es el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o cambiar a Original Medicare.

Período de inscripción especial. Se refiere a un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de Inscripción Inicial. Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Afiliación Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional. Se refiere a un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan de necesidades especiales institucional (institutional Special Needs Plan) debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente. Es un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales para atención de enfermedades crónicas. Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según lo establecido en el título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las diferentes agrupaciones de afecciones comúnmente compartidas y clínicamente relacionadas especificadas en el título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales. 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.

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 el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros 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. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores 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).

Plan Medicare Cost. Un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE. Se refiere al plan del Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare). Es el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima. Es el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original. Se refiere a un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Programa de descuentos del fabricante. Se refiere a un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del 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.

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**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red. Se refiere a un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja. Es 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 recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

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.

Servicios cubiertos por Medicare. Son servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. 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.

Servicios cubiertos. Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación. Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia. Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son 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 del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros. Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS). Consulte “Ayuda adicional”.

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.

Servicios para los miembros del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	**1-833-627-8252** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: •TTY: 800-833-5833 (sin costo) •Voz: 800-833-7833 (sin costo) Horario normal: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. **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
ESCRIBA A	PO Box #211622 Egan, MN 55121
SITIO WEB	UCLAHealthMedicareAdvantage.org

El Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) (SHIP de California) es un programa estatal independiente 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

Método	Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (HICAP) (SHIP de California). Información de contactos
LLAME AL	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	aging.ca.gov/hicap/

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.*

UCLA Health | Medicare ADVANTAGE PLAN

Notice of Availability of Language Assistance and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) o hable con su proveedor (Spanish).

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-627-8252（文本电话：1-800-735-2929）或咨询您的服务提供商 (Chinese).

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-627-8252 (Người khuyết tật: 1-800-735-2929) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn (Vietnamese).

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) o makipag-usap sa iyong provider (Tagalog).

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오 (Korean).

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-833-627-8252 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-735-2929) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ (Armenian):

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-833-627-8252 (تله‌تایپ: 1-800-735-2929) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.(Persian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) или обратитесь к своему поставщику услуг (Russian).

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用い

ただけます。1-833-627-8252（TTY：1-800-735-2929）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください (Japanese)。

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-627-8252 (1-800-735-2929) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.(Arabic)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃដងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ (Khmer)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob (Hmong).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें। (Hindi)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ (Thai)