



Desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2018

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud y Su Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare como Afiliado a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)

Este cuadernillo le brinda detalles sobre la cobertura de los servicios de atención de salud y de medicamentos que requieren receta médica de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Le explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención de salud y los medicamentos que requieren receta médica que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

El plan Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) es ofrecido por Health Net Community Solutions, Inc. (En esta *Evidencia de Cobertura*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)).

Health Net Community Solutions, Inc., tiene un contrato con Medicare y con el programa Medicaid de California para ofrecer planes de HMO SNP. La inscripción en un plan Medicare Advantage de Health Net está sujeta a la renovación de los contratos.

Este documento está disponible en forma gratuita, en español. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-431-9007, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.

Esta información también está disponible en formatos diferentes, como letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2019.

El *Formulario*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H3561_18_001ANOC/EOC_R1_SPN Aceptado 09152017

S0539722

EOC017501SN00

H3561-001

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional para el Control de la Calidad (por sus siglas en inglés, NCQA) para funcionar como un plan de necesidades especiales (por sus siglas en inglés, SNP) hasta 2018, según la revisión del modelo de atención de Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP).

Evidencia de Cobertura para 2018**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Si desea obtener ayuda adicional para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo.

Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.

Capítulo 1. Comenzar como afiliado	4
Explica lo que significa estar inscrito en un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de afiliado al plan y cómo mantener actualizado el registro de afiliación.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....	22
Le brinda información sobre cómo comunicarse con nuestro plan, Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP), y con otras organizaciones, entre las que se incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal del seguro de salud para personas con ingresos bajos), los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos que requieren receta médica y el Consejo de Jubilación Ferroviaria.	
Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos	46
Explica lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como afiliado a nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de la red del plan y cómo recibir atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)	65
Proporciona detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y <i>no</i> cubiertos para usted como afiliado a nuestro plan. Explica cuánto deberá pagar como su parte del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D	183
Explica las reglas que debe cumplir cuando recibe sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> del plan para determinar qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos. Explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus recetas médicas. Informa acerca de los programas del plan sobre la seguridad y la administración de medicamentos.	

Capítulo 6. Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.....	208
<p>Informa sobre las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (<i>Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha de cobertura y Etapa de cobertura catastrófica</i>) y de qué manera estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e informa lo que debe pagar por un medicamento de cada nivel de costo compartido.</p>	
Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	231
<p>Explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.</p>	
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades	239
<p>Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como afiliado a nuestro plan. Indica qué puede hacer si usted considera que no se están respetando sus derechos.</p>	
Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)	252
<p>Indica paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como afiliado a nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos que requieren receta médica que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitar que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y solicitar que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos, si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto. • Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes. 	
Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan.....	319
<p>Explica cuándo y cómo puede cancelar su afiliación al plan. Explica situaciones en las que se le exige a nuestro plan cancelar su afiliación.</p>	
Capítulo 11. Avisos legales	327
<p>Incluye avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.</p>	
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes	342
<p>Se explican los términos clave utilizados en este cuadernillo.</p>	

CAPÍTULO 1

Comenzar como afiliado

Capítulo 1. Comenzar como afiliado

SECCIÓN 1	Introducción	6
Sección 1.1	Usted está afiliado a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP), un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales)	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el cuadernillo de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos lo convierten en elegible para ser afiliado al plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B?	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	9
Sección 2.4	Área de servicio del plan Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP).....	9
Sección 2.5	Ciudadanía o residencia legal de los Estados Unidos	10
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le enviaremos?.....	10
Sección 3.1	Su tarjeta de afiliado al plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos que requieren receta médica cubiertos	10
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan.....	11
Sección 3.3	El <i>Directorio de Farmacias</i> : su guía para las farmacias de nuestra red	12
Sección 3.4	La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> del plan.....	13
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D)</i> : informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.....	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP).....	14
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima del plan?.....	14
Sección 4.2	Puede pagar la prima de su plan de distintas formas	15
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	17
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan	17
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted	17

SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	18
Sección 6.1	Nos aseguramos de proteger su información médica.....	18
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros en conjunto con nuestro plan	19
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	19

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está afiliado a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP), un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales)
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Usted obtiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal, que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también reciben cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su cobertura de atención de salud y de medicamentos que requieren receta médica de Medicare a través de nuestro plan, Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención de salud. Nuestro plan está específicamente diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

La cobertura conforme a este plan califica como cobertura esencial mínima y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (por sus siglas en inglés, IRS), <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Al recibir asistencia de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare Parte A y Parte B (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no deba pagar nada por sus servicios de atención de salud de Medicare. Medicaid también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención de salud que Medicare generalmente no cubre. Además, puede recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Nuestro plan lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que usted reciba los servicios de atención de salud y la asistencia con los pagos a los cuales tiene derecho.

Nuestro plan es gestionado por una compañía privada. Como todos los planes de Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nos

complace brindarle la cobertura de atención de salud de Medicare, que incluye la cobertura de medicamentos que requieren receta médica.

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

Este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* le informa sobre cómo obtener su atención médica y sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Además, le explica sus derechos y responsabilidades, y lo que está cubierto y lo que debe pagar como afiliado al plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, así como a los medicamentos que requieren receta médica disponibles para usted como afiliado al plan Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios se encuentran disponibles para usted. Le recomendamos que dedique parte de su tiempo a examinar cuidadosamente este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes, o si simplemente desea hacer una pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted; le explica cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que usted reciba de parte nuestra sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos, en ocasiones, se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en nuestro plan, entre el 1.º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2018. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como afiliado a nuestro plan mientras nosotros decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos lo convierten en elegible para ser afiliado al plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Tener Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 le brinda información sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- Vivir en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4, a continuación, describe nuestra área de servicio).
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos.
- No tener enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si se presenta la ESRD cuando ya está afiliado a un plan que ofrecemos o si estaba afiliado a un plan diferente que haya terminado.
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad especiales que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de aquellas personas que reciben ciertos beneficios por parte de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal, que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan deberá ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero se puede esperar razonablemente que la recuperará dentro de los 6 meses, entonces aún es elegible para afiliarse a nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante el período de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando usted se inscribió originalmente en Medicare, recibió información sobre los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde lo siguiente:

- Medicare Parte A suele cubrir los servicios brindados por hospitales (para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros médicos).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal, que ayuda con los costos médicos y de atención de salud a largo plazo a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo por estos servicios. Los estados, además, pueden decidir cómo gestionar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de su plan, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiarios de Medicare Calificados (por sus siglas en inglés, QMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el programa QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiarios de Medicare Específicos de Bajos Ingresos (por sus siglas en inglés, SLMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el programa SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+)).
- **Personas Calificadas (por sus siglas en inglés, QI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas en Empleo Activo y Discapacitadas Calificadas (por sus siglas en inglés, QDWI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.4 Área de servicio del plan Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer afiliado a nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: Fresno.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en el lugar donde se mude.

También es importante que 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 el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.5 Ciudadanía o residencia legal de los Estados Unidos

Los afiliados a los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) si usted no es elegible para permanecer afiliado según esta condición.

Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) debe cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de afiliado al plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos que requieren receta médica cubiertos

Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de afiliado siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos que requieren receta médica que obtenga en farmacias de la red. También debe presentarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de afiliado para que vea cómo será la suya:

Health NetSM MEDICARE PROGRAMS

HMO SNP
CMS#: <XXXXX-XXX>
Effective: <MM-DD-YYYY>

MEMBER INFORMATION
Name: <First Last>
Member ID#: <XXXXXXXX-XX>
Issuer ID: <(80840)> <9151014609>

PHARMACY INFORMATION
Medicare^{Rx}
Prescription Drug Coverage
Rx Claims Processor:
<CVS CaremarkSM>
RXBIN: <XXXXXXXX>
RXPCN: <XXXXXXXX>
RXGRP: <XXXXXXXX>

FOR MEMBERS
Member Services: <X-XXX-XXX-XXXX> <(TTY: XXX)>
Mental Health Benefits: <X-XXX-XXX-XXXX> <(TTY: X-XXX-XXX-XXXX)>
24-hr Nurse Advice: <X-XXX-XXX-XXXX> <(TTY: XXX)>
ca.healthnetadvantage.com

FOR PROVIDERS
For eligibility, prior authorization or case management referrals: <X-XXX-XXX-XXXX>
Pharmacy prior auth: <X-XXX-XXX-XXXX>
For help: (PHARMACY USE ONLY) <X-XXX-XXX-XXXX>

FOR EMERGENCIES
Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).

Submit Part D Drug Claims to:
Health Net - Attn:
Pharmacy Claims
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA
95741-9069

MEDICAL CLAIMS EDI Payor ID: 95567 Health Net - Attn: Claims P.O. Box 9030, Farmington, MO 63640-9030

Mientras esté afiliado a nuestro plan, **usted no debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (con la excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidado de enfermos terminales). Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

Esto es muy importante debido a lo siguiente: Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de utilizar su tarjeta de afiliado al plan mientras esté afiliado a nuestro plan, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total.

Si su tarjeta de afiliado al plan se daña o se pierde, o si se la roban, llame inmediatamente al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Tenga en cuenta que aún recibe la cobertura de Medicare y Medicaid, pero recibe sus servicios de Medicare como afiliado a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP). Como explicamos anteriormente, debe utilizar su tarjeta de afiliado a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos que requieren receta médica que obtenga en farmacias de la red.

Asegúrese también de mostrar su tarjeta de Medicaid cuando reciba servicios médicos o medicamentos que requieren receta médica para que el proveedor o la farmacia sepa que usted está cubierto por nuestro plan y por Medicaid. Si recibe Medicaid “pago por servicio”, esta será su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid (también llamada “tarjeta BIC”) que recibió del estado de California. Si no recibe su tarjeta BIC, o si necesita una nueva, llame a la oficina de servicios sociales de su condado. Los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 9. Si usted está inscrito en el plan de atención administrada de Medicaid, esta será su tarjeta de identificación del plan de salud de Medicaid. Si no recibió su tarjeta de Medicaid o si necesita una nueva, comuníquese con su plan de salud de Medicaid y solicítele una nueva. Consulte el *Manual del Afiliado* del plan de salud de Medicaid para obtener más información.

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: su guía para todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de Proveedores* enumera los proveedores de nuestra red. El *Directorio de Proveedores* también indica qué proveedores de nuestra red aceptan Medicaid. El Departamento de Servicios al Afiliado también puede ayudarlo a saber si un proveedor acepta Medicaid. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.

¿Quiénes son los proveedores de la red?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

¿Por qué debe estar informado sobre los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de la red porque, con pocas excepciones, mientras usted está afiliado a nuestro plan, debe utilizar proveedores dentro de la red para obtener atención y servicios médicos. Además, usted puede estar limitado a los proveedores dentro de su red de proveedores de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o de la red de su grupo

médico. Esto significa que el PCP o el grupo médico que usted elija pueden determinar el grupo de especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*). Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de servicios de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene el *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluidos sus antecedentes, al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede ver el *Directorio de Proveedores* en <https://ca.healthnetadvantage.com> o descargarlo desde este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios al Afiliado como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores de la red.

Sección 3.3	El Directorio de Farmacias: su guía para las farmacias de nuestra red
--------------------	------------------------------------------------------------------------------

¿Qué son las farmacias de la red?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas médicas cubiertas para los afiliados a nuestro plan.

¿Por qué debe estar informado sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee utilizar. Se han implementado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo. **Consulte el Directorio de Farmacias para 2018, para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). En cualquier momento, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Indica qué medicamentos que requieren receta médica de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, se brinda cobertura para algunos medicamentos que requieren receta médica conforme a sus beneficios de Medicaid. La *Lista de Medicamentos* le indica cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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

La *Lista de Medicamentos* también le informa si existe alguna regla que limite su cobertura de medicamentos.

Le enviaremos una copia de la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (<https://ca.healthnetadvantage.com>) o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D): informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

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

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, ha gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* cuando lo solicite. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima del plan?

Como afiliado a nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2018, su prima mensual para nuestro plan será de \$35.50. Además, debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la paguen por usted).

No obstante, debido a que tiene Medicare y Medicaid, una parte o el total del costo de la prima estará cubierta para usted. Si está recibiendo ayuda adicional para el pago de su cobertura de medicamentos, el monto de la prima de la Parte D que usted paga como afiliado a este plan se menciona en su “Cláusula Adicional de la *Evidencia de Cobertura* para las Personas que Reciben “Ayuda Adicional” para Pagar sus Medicamentos que Requieren Receta Médica”. También puede obtener dicha información llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

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

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Se exige a algunos afiliados que paguen una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasaron a ser elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el que no conservaron su cobertura “acreditable” de medicamentos que requieren receta médica. (“Acreditable” significa que la cobertura paga, por lo general, por lo menos tanto como una cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare). Para estos afiliados, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos que requieren receta médica, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si en algún momento usted pierde el subsidio por ingreso bajo (“Ayuda Adicional”), estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D, en el caso de que alguna vez se haya perdido la cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica por 63 días o más.
 - Si le exigen que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto de la multa depende de cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de que pasó a ser elegible.

A algunos afiliados se les exige que paguen otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, a algunos afiliados se les exige que paguen otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener la elegibilidad para Medicaid, tener derecho a Medicare Parte A y estar inscrito en Medicare Parte B. Medicaid le paga a la mayoría de los afiliados a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) la prima de la Parte A (si no reúnen los requisitos para obtenerla automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe continuar pagándolas para permanecer afiliado al plan.

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como “monto de ajuste mensual por ingresos” (por sus siglas en inglés, IRMAA). Si sus ingresos superan los \$85,000 para personas solteras (o personas casadas que presenten sus impuestos por separado), o superan los \$170,000 para matrimonios, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de Medicare Parte D.

- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, y **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que le informará sobre el monto adicional que debe pagar. Si ha sufrido un acontecimiento que le ha cambiado la vida que ha hecho que sus ingresos disminuyan, puede solicitar al Seguro Social que vuelva a considerar su decisión.
- **Si debe pagar un monto adicional y no lo hace, se cancelará su afiliación al plan.**
- También puede visitar el sitio web, <https://www.medicare.gov>, o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social, al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2018* le informa sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare para 2018”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los nuevos afiliados a Medicare la reciben en el plazo del mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2018* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Puede pagar la prima de su plan de distintas formas

Hay tres formas en que puede pagar la prima de su plan. Puede elegir su opción de pago cuando se inscribe y realizar cambios en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Si decide cambiar la forma de pago de su prima, la entrada en vigor de su nuevo método de pago puede llevar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de pagar la prima de su plan de manera oportuna.

Opción 1: Puede pagar con cheque o por giro postal

Puede decidir pagar la prima mensual de su plan directamente a nuestro plan con cheque o por giro postal. Incluya en el pago su número de identificación de afiliado al plan.

Debemos recibir el pago de la prima mensual del plan el primer día de cada mes. Usted puede realizar el pago enviando su cheque o giro postal a la siguiente dirección:

Health Net of California
PO Box 748658
Los Angeles, CA 90074-8658

Los cheques y los giros postales deben ser pagaderos a Health Net, Inc., y no, a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los pagos de las primas no deben efectuarse personalmente en la oficina del plan.

Opción 2: Puede solicitar que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a hacerlo. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Opción 3: Puede solicitar que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Consejo de Jubilación Ferroviaria

Puede solicitar que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Consejo de Jubilación Ferroviaria (por sus siglas en inglés, RRB). Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta forma. Con gusto lo ayudaremos a hacerlo. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

La prima de su plan se debe pagar en nuestra oficina el primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de su prima para el séptimo día hábil del mes, le enviaremos un recordatorio que le informará que no hemos recibido el pago de su prima.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para ver si podemos indicarle los programas que lo ayudarán a pagar la prima del plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted comienza a ser elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para ese programa durante el año. Si un afiliado reúne los requisitos para el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de medicamentos que requieren receta médica, dicho programa pagará una parte de la prima mensual del plan del afiliado. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Un afiliado que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la totalidad de su prima mensual. Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted

Su registro de afiliación contiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, que incluye su proveedor de atención primaria o grupo médico.

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

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o de Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si lo han admitido en una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.

- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si alguno de estos datos cambia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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 el Capítulo 2, Sección 5.

Además, debe comunicarse directamente con la oficina local de servicios sociales para informar los cambios al programa Medicaid. Los números de teléfono de la oficina local de servicios sociales aparecen en el Capítulo 2, Sección 9.

Lea la información que le enviamos sobre otras coberturas de seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura si usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté enumerada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información médica

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal, tal como lo requieren estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4, de este cuadernillo.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros en conjunto con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que determinan quién debe pagar primero, si nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, que se denomina “pagador secundario”, solo paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no tenga que pagar el total de los costos no cubiertos.

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

- Si tiene una cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su propio empleo o el empleo actual de un familiar, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga su empleador, y de si tiene Medicare debido a la edad, una discapacidad o una ESRD:
 - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o su familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si su empleador tiene 100 empleados o más; o si un empleador, como mínimo, en un plan de varios empleadores, tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años, y usted o su cónyuge todavía trabajan, el plan de salud grupal paga primero si su empleador tiene 20 empleados o más; o si un empleador, como mínimo, en un plan de varios empleadores, 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 después de que reúna los requisitos para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura, generalmente, pagan primero los servicios relacionados con cada uno de ellos:

- Seguro sin culpa (que incluye seguro de automóvil).
- Seguro de responsabilidad civil (que incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro.
- Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre el otro seguro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que tenga que darles su número de identificación de afiliado al plan a las otras aseguradoras a las que está afiliado (una vez que haya confirmado sus identidades), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y
recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de nuestro plan (cómo comunicarse con nosotros y cómo acceder al Departamento de Servicios al Afiliado del plan).....	23
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	31
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	33
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)	34
SECCIÓN 5	Seguro Social	35
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	36
SECCIÓN 7	Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos que requieren receta médica	39
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con el Consejo de Jubilación Ferroviaria	43
SECCIÓN 9	Puede recibir asistencia de la oficina de servicios sociales de su condado o de la agencia del área para personas de la tercera edad	44

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan (cómo comunicarse con nosotros y cómo acceder al Departamento de Servicios al Afiliado del plan)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturaciones o preguntas sobre las tarjetas de afiliado, llame o escriba al Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan. Con gusto lo ayudaremos.

Forma de comunicación	Departamento de Servicios al Afiliado: Información de Contacto
POR TELÉFONO	<p>1-800-431-9007</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro plan tiene un centro de llamadas gratuitas disponible para los afiliados actuales y para posibles afiliados, con personal que atiende los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante este período, los afiliados actuales y los posibles afiliados pueden hablar con un representante del Departamento de Servicios al Afiliado.</p> <p>Sin embargo, después del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono los fines de semana y ciertos días feriados. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó, y un representante le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.</p> <p>El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p>
POR FAX	1-866-214-1992
POR CORREO	Health Net Medicare Programs P.O. Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
SITIO WEB	https://ca.healthnetadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

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

Forma de comunicación	Decisiones de Cobertura para Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-800-793-4473 o 1-800-672-2135
POR CORREO	Health Net Medical Management 21281 Burbank Blvd. Woodland Hills, CA 91367
SITIO WEB	https://ca.healthnetadvantage.com

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

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

Forma de comunicación	Apelaciones por Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-877-713-6189
POR CORREO	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) Appeals and Grievances Department PO Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
SITIO WEB	https://ca.healthnetadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre algún proveedor de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene problemas con el pago o la cobertura del plan, deberá consultar la sección sobre cómo presentar una apelación, que aparece más arriba). 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 y quejas)*).

Forma de comunicación	Quejas sobre Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-877-713-6189
POR CORREO	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) Appeals and Grievances Department PO Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

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

Forma de comunicación	Decisiones de Cobertura para Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-800-977-8226
POR CORREO	Health Net Attn: Prior Authorization PO Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741-9069
SITIO WEB	https://ca.healthnetadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

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

Forma de comunicación	Apelaciones por Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-800-977-1959
POR CORREO	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) Appeals and Grievances Department P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
SITIO WEB	https://ca.healthnetadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de la red, incluso una queja sobre la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene problemas con el pago o la cobertura del plan, deberá consultar la sección sobre cómo presentar una apelación, que aparece más arriba). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Forma de comunicación	Quejas sobre Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-800-977-1959
POR CORREO	Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) Appeals and Grievances Department P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que pueda necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier 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 y quejas)*).

Forma de comunicación	Solicitud de Pago: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	<u>Reclamos por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D:</u> 1-916-851-9029

Forma de comunicación	Solicitud de Pago: Información de Contacto
POR CORREO	<p><u>Reclamos médicos:</u></p> <p>Health Net Community Solutions, Inc. P.O. Box 14703 Lexington, KY 40512-4703</p> <p><u>Tenga en cuenta que, a partir del 01/01/2018, la dirección para reclamos médicos cambiará a la siguiente:</u></p> <p>Health Net Community Solutions, Inc. P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640-9030</p> <p><u>Reclamos por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D:</u></p> <p>Health Net Attn: Pharmacy Claims P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741-9069</p>
SITIO WEB	https://ca.healthnetadvantage.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces, denominados “CMS”). Esta agencia tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Forma de comunicación	Medicare: Información de Contacto
POR TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Forma de comunicación	Medicare: Información de Contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>https://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y las publicaciones actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare de su estado.</p> <p>En el sitio web de Medicare también podrá encontrar información detallada sobre sus opciones de inscripción y su elegibilidad para Medicare, a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Le proporciona información sobre su elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Le proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles pueden ser los costos de desembolso con los distintos planes de Medicare. <p>También puede usar nuestro sitio web para presentar, ante Medicare, cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presente su queja ante Medicare: Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en el sitio web https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, puede visitar este sitio web en la de su biblioteca o centro para la tercera edad locales. O puede llamar a Medicare y comentarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud.

El Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Forma de comunicación	HICAP (SHIP de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-434-0222
TDD/TTY	1-800-735-2929 (Servicio de Retransmisión de Datos de California) o 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	<u>Las agencias específicas del condado están disponibles en este sitio web:</u> www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/hicap

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad **(pagada por Medicare para controlar la calidad de la** **atención de las personas que tienen Medicare)**

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad en cada estado para brindarles atención a los beneficiarios de Medicare. Para California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

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

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) finalizan demasiado pronto.

Forma de comunicación	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.BFCCQIOAREA5.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplen con ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que sus salarios son más altos. Si usted recibe una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre ese monto, o si su salario disminuyó debido a un acontecimiento que cambió su vida, puede comunicarse con el Seguro Social para pedir una reconsideración.

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

Forma de comunicación	Seguro Social: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Como afiliado a nuestro plan, usted es elegible para Medicare y Medicaid. Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal, que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de su plan, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiarios de Medicare Calificados (por sus siglas en inglés, QMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el programa QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiarios de Medicare Específicos de Bajos Ingresos (por sus siglas en inglés, SLMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el programa SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+)).
- **Personas Calificadas (por sus siglas en inglés, QI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas en Empleo Activo y Discapacitadas Calificadas (por sus siglas en inglés, QDWI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica (por sus siglas en inglés, DHCS). (El DHCS supervisa y monitorea el programa Medicaid de California). También puede comunicarse con la oficina local de servicios sociales de su condado si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid, para solicitar Medicaid o para hablar con un trabajador de elegibilidad. Encontrará la información de contacto correspondiente a la oficina local de servicios sociales de su condado en la Sección 9 de este capítulo.

Health Net trabajó con el estado de California para desarrollar Health Net Community Solutions, el plan de atención administrada de Medicaid de Health Net, para brindar a los beneficiarios de Medicaid que viven en ciertos condados el mismo acceso a la atención y los servicios de calidad que Health Net ofrece a todos sus afiliados. Health Net Community Solutions se complace en ofrecer los siguientes beneficios a sus afiliados:

- Un médico personal para manejar su atención de salud, que coordinará sus remisiones a especialistas y otros programas.
- Pruebas de laboratorio y rayos X.

- Vacunas.
- Acceso a proveedores, farmacias y hospitales de gran calidad en su área.
- Programas de educación sobre la salud.
- Intérpretes para ayudar a afiliados que no hablan inglés.
- Recetas médicas, atención de emergencia y de urgencia.
- Exámenes de la vista y anteojos.
- Línea de Consultas con Enfermeras, las 24 horas.
- Beneficios dentales para adultos afiliados de ciertos condados.

Para obtener más información sobre el plan de atención administrada de Medicaid de Health Net o para saber si este plan está disponible en su área, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Medicaid de Health Net, al **1-800-675-6110 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.

Forma de comunicación	Departamento de Servicios de Atención Médica (Programa Medicaid de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	<p><u>Elegibilidad:</u> 1-800-541-5555 o 1-916-552-9200</p> <p><u>Atención administrada:</u> 1-916-449-5000 o 1-916-636-1980</p> <p><u>DHCS:</u> 1-916-445-4171</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p>
POR CORREO	<p><u>Atención administrada:</u> Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413</p>
SITIO WEB	<p>www.medi-cal.ca.gov</p>

La Oficina de la Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas sobre los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Forma de comunicación	Oficina de la Defensoría de Atención Administrada de Medi-Cal: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899
SITIO WEB	http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

El Programa de la Defensoría Estatal de Atención a Largo Plazo ayuda a las personas a obtener información sobre casas de reposo y resolver problemas entre estas casas de reposo y los residentes o sus familias.

Forma de comunicación	Programa de la Defensoría Estatal de Atención a Largo Plazo: Información de Contacto
POR TELÉFONO	Línea CRISISline del estado: 1-800-231-4024 La línea CRISISline está disponible para recibir llamadas y remitir quejas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.

Forma de comunicación	Programa de la Defensoría Estatal de Atención a Largo Plazo: Información de Contacto
POR CORREO	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992 Comuníquese con la Defensoría de Atención a Largo Plazo local que aparece a continuación (de acuerdo con el condado de residencia del afiliado).
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP

Defensoría de Atención a Largo Plazo Local para su Condado

Forma de comunicación	Condado de Fresno: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-559-224-9177 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Valley Caregiver Resource Center 3845 North Clark Street, Suite 201 Fresno, CA 93726
SITIO WEB	valleycrc.org/programs/ombudsman.html

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos que requieren receta médica

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros afiliados reúnen los requisitos y ya reciben la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de los medicamentos que requieren receta médica.

Medicare brinda “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos que requieren receta médica a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluyen su vivienda ni su vehículo. Las personas que reúnen los requisitos obtienen ayuda para pagar las primas mensuales de cualquier plan de medicamentos de

Medicare, el deducible anual y los copagos por medicamentos que requieren receta médica. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para los costos de desembolso.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos automáticamente para la “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta por correo a las personas que reúnen los requisitos automáticamente para la “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:

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

Si considera que reúne los requisitos para la “Ayuda Adicional” y que no es correcto el monto de costo compartido que paga cuando obtiene sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel correcto de copago o, si ya tiene la evidencia, para suministrarla.

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece impreso en la contraportada de este cuadernillo, y explíquelo al representante que usted considera que reúne los requisitos para recibir la “Ayuda Adicional”. Es posible que deba proporcionar uno de los siguientes tipos de documentos (mejor evidencia disponible):
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y su fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme su estado activo en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su estado en Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de la carta de adjudicación que haya recibido de la Administración del Seguro Social si no se lo considera elegible, pero presentó la solicitud y desea ser elegible para el LIS.
 - Una copia del aviso de aprobación del beneficio de ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI), que incluya una fecha de entrada en vigor de su estado efectivo en Medicaid.

Si está internado y considera que reúne los requisitos para un costo compartido de cero, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este

cuadernillo, y dígame al representante que usted considera que reúne los requisitos para recibir la “Ayuda Adicional”. Es posible que deba proporcionar uno de los siguientes tipos de documentos:

- Una remesa del centro que demuestre el pago realizado en su nombre por Medicaid, por un mes calendario completo durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago realizado en su nombre por Medicaid al centro, por un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior.
- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que demuestre su internación durante, por lo menos, un mes calendario completo, para el pago de Medicaid, durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

Si no puede proporcionar la documentación antes descrita y considera que puede reunir los requisitos para la “Ayuda Adicional”, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece impreso en la contraportada de este cuadernillo, y un representante lo ayudará.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento que requiere receta médica en la farmacia. Si paga de más por su copago, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más o lo compensaremos en los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera que usted adeuda ese copago, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

¿Qué sucede si usted tiene la cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido.

La Oficina de Sida de California es el ADAP de su estado.

Nota: Para inscribirse en el ADAP, las personas deben cumplir ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portadoras del VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente.

Si ya está inscrito en el ADAP, el programa puede continuar brindándole la asistencia de costo compartido para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, que figuran en el *Formulario* del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia,

infórmele al trabajador local de inscripción en el ADAP cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o número de póliza.

La información de contacto de la Oficina de Sida de California se detalla a continuación.

Forma de comunicación	Oficina de Sida de California: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-844-421-7050 Oficina de Sida del Departamento de Salud Pública de California: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las
POR CORREO	Office of AIDS California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7426
SITIO WEB	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-844-421-7050. Los usuarios de TTY pueden llamar al número de teléfono del Servicio Nacional de Retransmisión de Datos, 711, para recibir ayuda.

¿Qué sucede si recibe la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros afiliados reciben la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de los medicamentos que requieren receta médica. Si usted recibe la “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare no se aplicará a usted. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, ya obtiene cobertura para los costos de los medicamentos que requieren receta médica durante la brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento, pero considera que debe recibirlo?

Si considera que alcanzó la brecha de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó sus medicamentos de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la*

Parte D (EOB de la Parte D). Si el descuento no figura en la *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si nosotros consideramos que no le adeudamos un descuento, tiene derecho a apelar. Para presentar una apelación, puede obtener ayuda de su SHIP (los números de teléfono figuran en la Sección 3 de este capítulo) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con el Consejo de Jubilación Ferroviaria

El Consejo de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Consejo de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través del Consejo de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal.

Forma de comunicación	Consejo de Jubilación Ferroviaria: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m.; miércoles, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Las llamadas realizadas después de las 3:15 p. m. serán dirigidas al correo de voz de forma automática. Si tiene un teléfono por tonos, cuenta con información grabada y servicios automáticos disponibles las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede recibir asistencia de la oficina de servicios sociales de su condado o de la agencia del área para personas de la tercera edad

Oficinas de Servicios Sociales del Condado

Puede comunicarse con la oficina de servicios sociales de su condado si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid, para solicitar Medicaid o para hablar con un trabajador de elegibilidad.

Forma de comunicación	Condado de Fresno: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-559-600-1377 Número de teléfono gratuito: 1-877-600-1377 De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4:30 p. m., excepto los días feriados.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Department of Social Services P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718
SITIO WEB	www.co.fresno.ca.us/DepartmentPage.aspx?id=47207

Agencias del área para personas de la tercera edad

Forma de comunicación	Condado de Fresno: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-559-600-4405 o 1-800-510-2020 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., excepto los días feriados.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Fresno-Madera Area Agency on Aging 3837 North Clark Street Fresno, CA 93726
SITIO WEB	http://www.fmaaa.org/

CAPÍTULO 3

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

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

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como afiliado a nuestro plan	48
Sección 1.1	¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?	48
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan.....	48
SECCIÓN 2	Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	50
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica.....	50
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede usted obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?	52
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	52
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	54
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o en caso de desastre	54
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	54
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia	56
Sección 3.3	Cómo obtener atención en caso de desastre	57
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	57
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de servicios cubiertos	57
Sección 4.2	¿Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre ciertos servicios?	58
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	58
Sección 5.1	¿Qué es un estudio de investigación clínica?.....	58
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?	59

SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de salud.....	61
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de salud?.....	61
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan?.....	61
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero.....	62
Sección 7.1	¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero luego de realizar una cierta cantidad de pagos, conforme a nuestro plan?	62

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como afiliado a nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener su cobertura de atención médica. Proporciona las definiciones de los términos y explica las reglas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, los servicios y la atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted por esa atención, use la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*).

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

A continuación, se presentan algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y los servicios que están cubiertos para usted como afiliado a nuestro plan:

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud que cuentan con licencia otorgada por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros para la atención de salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de salud, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

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

Como el nuestro es un plan de salud de Medicare, debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las reglas de cobertura de Medicare Original para estos servicios.

En general, nuestro plan cubrirá la atención médica siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de Beneficios del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo).

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de la red que proporciona y supervisa la atención.** Como afiliado a nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe otorgarle una aprobación por adelantado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan; por ejemplo, especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Esto se denomina proporcionarle una “remisión”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para la atención de emergencia o los servicios requeridos de urgencia. También hay otras clases de atención que usted puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se presentan tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para ver qué significa servicios de emergencia o requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare le exija a nuestro plan que cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar dicha atención, usted puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Primero deberá obtener la autorización previa (aprobación por adelantado). El plan o su grupo médico deben otorgarle una aprobación por adelantado antes de que pueda usar un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si obtuviera atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando usted se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red de Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP) para que sea su PCP. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Los proveedores que pueden actuar como su PCP son aquellos que proporcionan un nivel básico de atención. Por ejemplo, médicos especialistas en medicina familiar, medicina general y medicina interna, y ginecólogos que brindan atención para mujeres.

Usted obtendrá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también lo ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- rayos X;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de especialistas;
- admisiones en el hospital;
- atención de seguimiento.

Coordinar los servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Si usted necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su PCP (por ejemplo, una remisión para consultar a un especialista). Para ciertos servicios, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan o a su grupo médico. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP.

Tal como explicamos anteriormente, en general, usted consultará a su PCP en primer lugar para satisfacer la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Cuando su PCP considere que usted necesita tratamiento especializado, le deberá proporcionar una remisión (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista del plan o a otros proveedores. Solo hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede obtener sin la aprobación previa de su PCP, como explicamos a continuación. Consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo para obtener más información.

¿Cómo elegir a su PCP?

Cuando se inscribe en nuestro plan, usted puede elegir un grupo médico contratado de nuestra red de Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP). También elegirá a un PCP de este grupo médico contratado. El PCP que elija debe pertenecer a un grupo médico que se encuentre a 30 millas o a 30 minutos de donde usted vive o trabaja. Puede encontrar los grupos médicos (y sus PCP y hospitales afiliados) en el *Directorio de Proveedores* o puede visitar nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>. Para confirmar la disponibilidad de un proveedor o para consultar sobre un PCP específico, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

El grupo médico y el PCP pueden realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Si hay un especialista del plan u hospital en particular que usted desea usar, primero asegúrese de que los especialistas o los hospitales pertenezcan al grupo médico y a la red del PCP. El nombre y el número de teléfono del consultorio del PCP aparecen en su tarjeta de afiliado.

Si no elige un grupo médico o PCP, o si elige un grupo médico o un PCP que no estén disponibles en este plan, automáticamente lo asignaremos a un grupo médico o a un PCP cerca de su domicilio.

Para obtener más información acerca de cómo cambiar de PCP, consulte “Cómo cambiar de PCP” a continuación.

¿Cómo cambiar de PCP?

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted deba buscar uno nuevo.

Su solicitud entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la que nuestro plan recibe su solicitud. Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>, y presente su solicitud.

Cuando se comunique con nosotros, asegúrese de informarnos si está consultando a especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que requerían la aprobación de su PCP (por ejemplo, servicios de cuidado de la salud en el hogar y equipo médico duradero). El grupo médico y el PCP pueden realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales que puede usar. Si desea usar especialistas u hospitales

específicos, consulte si su grupo médico o PCP usa estos especialistas u hospitales. El Departamento de Servicios al Afiliado le informará cómo puede continuar recibiendo atención especializada y otros servicios cuando cambie de PCP. Además, el departamento se asegurará de que el PCP al que usted desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Se modificará su registro de afiliación para que indique el nombre de su nuevo PCP, y el Departamento de Servicios al Afiliado le informará cuándo entrará en vigor dicho cambio.

Además, le enviarán una tarjeta de afiliado nueva con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede usted obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?

Usted puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención de salud de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos de urgencia de proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acceder a ellos por un breve lapso; por ejemplo, cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de dejar el área de servicio, de manera que podamos ayudarlo a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras está afuera. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Para poder consultar a un especialista, usted debe obtener primero la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una “remisión” a un especialista). Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) del PCP antes de ver a un especialista o a determinados proveedores del plan (hay algunas excepciones, que incluyen atención de salud de rutina para mujeres, según se detalla en la Sección 2.2). Si no tiene una remisión (aprobación por adelantado) antes de obtener los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios.

Si el especialista desea que usted regrese para recibir atención adicional, verifique primero que la remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo del PCP para la primera consulta cubra más visitas al especialista.

El grupo médico y el PCP pueden realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales que puede usar. Si desea usar especialistas u hospitales específicos, consulte si su grupo médico o PCP usa estos especialistas u hospitales. En general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea ver a un especialista del plan o ir a un hospital, a los que su PCP actual no puede remitirlo. En la Sección 2.1, en “Cómo cambiar de PCP”, brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP.

Algunos tipos de servicios requerirán una aprobación por adelantado de nuestro plan o grupo médico (esto se denomina “autorización previa”). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de utilizar ciertos servicios. Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitará esa autorización a nuestro plan o a su grupo médico. La solicitud se revisará, y se les enviará una decisión (determinación de la organización) a usted y a su proveedor. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, de este cuadernillo para obtener más información sobre los servicios específicos que requieren autorización previa.

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

Es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen muchas razones por las que es posible que su proveedor deje el plan, pero, en caso de que efectivamente lo haga, usted cuenta con algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.

- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Si necesita ayuda debido a que un especialista o proveedor de la red está por dejar su plan, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si hay algún tipo de servicio que usted necesita, y ese servicio no está disponible en la red de nuestro plan, tendrá que obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Su PCP solicitará la autorización previa a nuestro plan o a su grupo médico.

Es muy importante obtener la aprobación por adelantado antes de visitar a un proveedor fuera de la red o de recibir servicios fuera de nuestra red (con la excepción de la atención de emergencia y los servicios requeridos de urgencia, y los servicios de diálisis renal que puede recibir en centros de diálisis certificados por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan, según se explica en la Sección 3 a continuación). Si no obtiene la aprobación por adelantado, es posible que tenga que pagar usted mismo esos servicios.

Para obtener información sobre la cobertura de los servicios de emergencia y los servicios requeridos de urgencia fuera de la red, consulte la Sección 3 a continuación.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o en caso de desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación ni la remisión de su PCP.
- Asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible. Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. El número de teléfono aparece en la contraportada de este cuadernillo. También se encuentra en su tarjeta de afiliado.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Este beneficio tiene un límite de \$50,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4 de este cuadernillo, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden atención de emergencia para ayudar a controlar y hacer el seguimiento de esa atención. Los médicos que le están proporcionando la atención de emergencia determinarán el momento en que su estado sea estable y la emergencia médica haya pasado.

Una vez que la emergencia haya pasado, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado siga siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos lo posible para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

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

Sin embargo, luego de que el médico haya dicho que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted obtiene dicha atención mediante una de las dos maneras siguientes:

- Consulta a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *O* la atención adicional que reciba se considera “servicios requeridos de urgencia”, y usted sigue las reglas para obtener dicha atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios requeridos de urgencia?

Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento. La afección inesperada puede ser, por ejemplo, un rebrote de una afección conocida que usted tenga.

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

Siempre intente obtener servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente, y no se considera razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la atención esté disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

¿Qué debe hacer cuando necesita atención médica de inmediato?

En situaciones de emergencia grave, llame al 911 o vaya al hospital más cercano.

Si su situación no es tan grave, llame a su PCP o grupo médico; si no los puede llamar o necesita atención médica de inmediato, vaya al centro médico, centro de atención de urgencia u hospital más cercanos.

Si no está seguro de si tiene o no una afección médica de emergencia, puede llamar a su PCP o grupo médico para obtener ayuda.

Su grupo médico está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para responder sus llamadas telefónicas sobre la atención médica que usted considera necesaria inmediatamente. Ellos evaluarán su situación y le darán instrucciones sobre dónde debe ir para obtener la atención que necesita.

Si no está seguro de si tiene una emergencia o si requiere servicios de urgencia, llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado, que figura en su tarjeta de identificación de Health Net, para conectarse con los servicios de consultas con enfermeras. Como afiliado a Health Net, tiene acceso a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

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

Los servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos pueden considerarse una emergencia conforme a los beneficios de la cobertura internacional de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Sección 3.3 Cómo obtener atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran a su área geográfica en estado de desastre o emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de su plan, incluso en esa situación.

Si desea información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre, visite <https://ca.healthnetadvantage.com>.

En general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el mismo costo compartido que paga dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de servicios cubiertos

Si ha pagado más que su parte 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 ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre ciertos servicios?

Si nuestro plan no cubre el servicio, deberá verificar si Medicaid lo cubre antes de que usted pague el costo de dicho servicio. Puede comunicarse con la oficina local de servicios sociales (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 9, de este cuadernillo) o con su plan de atención administrada de Medicaid (si está inscrito en uno).

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están detallados en la Tabla de Beneficios del plan (esta tabla aparece en el Capítulo 4 de este cuadernillo), y que se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier atención o servicio médico que espera recibir, tiene derecho a consultarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si rechazamos la cobertura de sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*) contiene más información sobre lo que debe hacer si desea obtener una decisión de cobertura de parte nuestra o si desea apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted pague por los costos, una vez que haya alcanzado el límite del beneficio, no contará para el desembolso máximo. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado si desea saber cuánto de su límite del beneficio ya utilizó.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus 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 “estudio clínico”) es la manera en la que los médicos y científicos evalúan tipos de atención médica novedosos, como la eficacia de un medicamento nuevo contra el cáncer. Evalúan los nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos con la ayuda de voluntarios para el estudio. Esta clase de estudio constituye una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a comprobar si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los afiliados a nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare *aprueba* el estudio, una persona que trabaje en él se comunicará con usted para brindarle más información y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están dirigiendo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos correspondientes, y comprenda y acepte todo lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba por participar en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la aprobación de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **usted debe informarnos antes hacerlo.**

Si planifica participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) para informarles que participará en un estudio clínico y obtener información más específica sobre lo que pagará el plan.

Medicaid puede proporcionar cierta cobertura para estudios de investigación clínica. Para obtener más información, comuníquese con la oficina local de servicios sociales (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 9, de este cuadernillo) o con su plan de atención administrada de Medicaid (si está inscrito en uno).

Sección 5.2	Quando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cobertura para los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización que Medicare pagaría, incluso si usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado la parte del costo que le corresponde por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que le corresponde a usted como afiliado a nuestro plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba por participar en el estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, encontrará un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:

Supongamos que se hace una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte de un estudio de investigación. Supongamos, también, que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 conforme a Medicare Original, pero sería de tan solo \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba, y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagará \$10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá enviarnos una solicitud de pago. Deberá enviarnos, con su solicitud, una copia de sus *Avisos de Resumen de Medicare*, o de otra documentación donde se detallen los servicios que usted recibe como parte del estudio y cuánto dinero debe pagar. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Si participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes artículos o servicios:**

- En general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté evaluando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aunque usted *no* participara en un estudio.
- Artículos y servicios que se le proporcionen a usted, o a cualquier otro participante en el estudio, en forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar información, y que no se utilicen directamente para su atención de salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección requiriera solo una tomografía.

¿Desea más información?

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (*Medicare y Estudios de Investigación Clínica*) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Medicaid puede proporcionar cierta cobertura para estudios de investigación clínica. Para obtener más información, comuníquese con la oficina local de servicios sociales (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 9, de este cuadernillo) o con su plan de atención administrada de Medicaid (si está inscrito en uno).

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de salud

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

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un centro que proporciona atención para una afección que, en general, se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, le proporcionaremos, en su lugar, cobertura para la atención en una institución religiosa no médica de atención de salud. Usted puede elegir buscar atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se proporciona para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de salud.

Medicaid puede proporcionar cierta cobertura en una institución religiosa no médica de atención de salud. Para obtener más información, comuníquese con la oficina local de servicios sociales (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 9, de este cuadernillo) o con su plan de atención administrada de Medicaid (si está inscrito en uno).

Sección 6.2	¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para obtener la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, usted debe firmar un documento legal que manifieste que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” son cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médicos que usted obtenga que *no* sean voluntarios ni *se exijan* conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted obtiene servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura para la atención hospitalaria para pacientes internados. Para obtener más información sobre los límites de cobertura para la atención hospitalaria, para pacientes internados, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Medicaid puede proporcionar cierta cobertura en una institución religiosa no médica de atención de salud. Para obtener más información, comuníquese con la oficina local de servicios sociales (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 9, de este cuadernillo) o con su plan de atención administrada de Medicaid (si está inscrito en uno).

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero luego de realizar una cierta cantidad de pagos, conforme a nuestro plan?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) incluye artículos, como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones de sistema eléctrico, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, solicitados por el proveedor para ser utilizados en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del afiliado. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de pagar copagos o coseguros por el artículo durante 13 meses.

Como afiliado a nuestro plan, también será propietario de ciertos tipos de equipo médico duradero, después de pagar una serie de copagos por el artículo durante una cantidad específica de meses. Sus pagos anteriores por un artículo de equipo médico duradero, cuando usted tenía Medicare Original, no cuentan para los pagos que usted realice mientras esté afiliado al plan. Si

obtiene la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras esté afiliado a nuestro plan y el equipo requiere mantenimiento, el proveedor puede facturar el costo de la reparación. Además, usted no obtendrá la propiedad de ciertos tipos de equipo médico duradero, sin importar cuántos pagos haya hecho por el artículo, mientras esté afiliado al plan. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) para averiguar sobre los requisitos de alquiler o propiedad de equipo médico duradero, y la documentación que debe proporcionar.

Medicaid puede proporcionar cierta cobertura para el equipo médico duradero. Para obtener más información, comuníquese con Medicaid (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 6, de este cuadernillo) o con su plan de atención administrada de Medicaid (si está inscrito en uno).

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

Si no se hizo propietario del DME mientras estuvo afiliado a nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no contarán para estos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si usted realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME mientras estaba afiliado a Medicare Original, *antes* de haberse afiliado a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco contarán para los 13 nuevos pagos consecutivos. Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Medicare Original para poder obtener la propiedad de ese artículo. No haremos excepciones a este caso cuando vuelva a utilizar Medicare Original.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1	Comprender sus costos de desembolso para los servicios cubiertos	66
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso que puede pagar por sus servicios cubiertos	66
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?	66
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo.....	67
SECCIÓN 2	Consulte la <i>Tabla de Beneficios</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará	68
Sección 2.1	Sus <i>beneficios</i> médicos y costos como afiliado al plan.....	68
SECCIÓN 3	¿Qué tipos de servicios están cubiertos fuera del plan?	177
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan	177
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	178
Sección 4.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan (exclusiones).....	178

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por estos. Incluye una Tabla de Beneficios que proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de determinados servicios. Podrá encontrar información sobre cuánto debe pagar por sus beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, incluidas las exclusiones y limitaciones, en los Capítulos 5 y 6 de esta *EOC*. En este capítulo, también puede encontrar otras exclusiones para los afiliados que tienen beneficios adicionales.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información sobre el pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de desembolso que es posible que deba pagar por sus servicios cubiertos.

- **Copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de Beneficios que aparece en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de Beneficios que aparece en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

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

Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alguna vez alcanzan este desembolso máximo.

Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto de desembolso que usted paga anualmente por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto de desembolso máximo por servicios médicos.

Como afiliado a nuestro plan, lo máximo que usted tendrá que pagar como costo de desembolso por los servicios en 2018 es \$5,000. Los montos que usted paga en concepto de copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para este monto de desembolso máximo. (Los montos que usted paga en concepto de primas del plan y medicamentos que requieren receta médica de la Parte D no cuentan para su monto de desembolso máximo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto de desembolso máximo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios). Si usted alcanza el monto de desembolso máximo de \$5,000, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso durante el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

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

Como afiliado a nuestro plan, una protección importante para usted es que solo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado; esto se llama “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque exista una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le indicamos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor visita:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se estableció en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de 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 obtiene una remisión).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de 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 obtiene una remisión).

- Si cree que un proveedor le facturó el saldo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, no permitiremos que los proveedores de la red le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Si usted recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Consulte la *Tabla de Beneficios* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus <i>beneficios</i> médicos y costos como afiliado al plan

La Tabla de Beneficios que encontrará en las siguientes páginas enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que usted paga de desembolso por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben ser proporcionados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención médica y los equipos, suministros y servicios médicos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) que proporciona y supervisa la atención. En la mayoría de las situaciones, el PCP debe proporcionarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina proporcionarle una “remisión”. El Capítulo 3 le brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtener una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren una aprobación por adelantado se indican en letra cursiva en la Tabla de Beneficios.

Otros datos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:


- Usted obtiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención de salud y los medicamentos que requieren receta médica. Medicaid cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluidos los deducibles y montos de copago o coseguro de Medicare para servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, y visitas al consultorio del médico. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios comunitarios y en el hogar.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubre. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2018*. Véalo en línea, en <https://www.medicare.gov>, o solicite una copia por teléfono, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted también es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura conforme a Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2018, Medicare o nuestro plan cubrirán tales servicios.
- Si usted se encuentra en el período de elegibilidad continua de 6 meses de nuestro plan, continuaremos otorgando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, los montos de costo compartido de Medicare para beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian. No cubriremos ni pagaremos las primas de Medicare, como tampoco el costo compartido del cual Medicaid sería responsable.


Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, no tiene que pagar ningún servicio detallado en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los requisitos de cobertura antes descritos.





Encontrará esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.



Tabla de Beneficios


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, una enfermera especializada con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles por este examen de detección.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, en helicóptero y por tierra al centro adecuado más cercano que pueda brindar la atención solo si se proporcionan a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si los servicios están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia corresponde cuando se demuestra que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, y el transporte en ambulancia es médicamente requerido. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada viaje de un trayecto en ambulancia cubierto por Medicare¹.</p> <p>Sin cargo para más de un viaje en un mismo día.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado, basado en su estado actual de salud y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita anual de bienestar no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario haber cumplido con la visita “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar si ha tenido la Parte B durante 12 meses.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que califican (generalmente, esto significa que son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados de parte del médico.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años.• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años.• Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses. <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación para afiliados que cumplan con ciertas condiciones, con la remisión de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que son, por lo general, más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga el 0% o el 20% por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare¹.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene</p>



Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.
<p> Visita para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con un médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de la aspirina (si es apropiado), controlar la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de terapia intensiva del comportamiento para la prevención de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses.• Si usted presenta un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal, o está en edad fértil y tuvo un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de Papanicolaou y pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solamente cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita cubierta por Medicare para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones¹.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como procedimiento alternativo) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol.• Prueba inmunoquímica fecal.	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como procedimiento alternativo) cada 24 meses. <p>Para las personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en un período de 48 meses desde la realización de una sigmoidoscopia de detección. 	<p>deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
<p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	
<p>Servicios dentales</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>
<p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos lo siguiente:</p>	
<p>Los servicios dentales cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios o procedimientos que no están cubiertos de otra manera, como la extracción de dientes, cuando son realizados por dentistas como consecuencia y como parte integral de otro procedimiento que sí estaría cubierto por Medicare. • Extracciones de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento con radiación de enfermedades neoplásicas. • Exámenes dentales antes de un trasplante de riñón. 	<p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita dental cubierta por Medicare¹.</p>
<p>Nuestro plan cubre los servicios dentales de rutina adicionales</p>	<p>Usted paga lo siguiente: - \$0 por cada examen bucal.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
no cubiertos por Medicare Original:	- \$0 por cada limpieza.
<ul style="list-style-type: none">• Servicios dentales preventivos.• Servicios dentales integrales.	- \$0 por cada tratamiento con flúor.
* Los montos que pague por estos servicios no cuentan para el monto de desembolso máximo de \$5,000.	- \$0 por rayos X dentales.
	Están disponibles los beneficios dentales integrales de rutina adicionales (no cubiertos por Medicare)*.
	Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo para obtener información, incluidas las exclusiones y limitaciones.
	¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.
	Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.
 Detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. Los exámenes de detección deben realizarse en un ámbito de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones. Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.	Es posible que se solicite una remisión. No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de depresión.
 Detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucemia en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucemia). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses. Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también	<i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se solicite una remisión. No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (sean o no dependientes de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre: monitor del nivel de glucosa en sangre, tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, dispositivos tipo lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. Los suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre pueden estar limitados a los suministros de determinados fabricantes. Su PCP lo ayudará a disponer o coordinar los servicios cubiertos.• Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluye las plantillas que vienen con estos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas. O un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo determinadas condiciones.	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los zapatos terapéuticos o las plantillas cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen pie diabético grave¹.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierto por Medicare.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p>Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno,</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Usted paga el 0% o el 20% por el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare¹.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá solicitar que el proveedor pida el artículo especialmente para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, https://ca.healthnetadvantage.com.</p>	<p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia incluye los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• servicios prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y• servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de esos servicios prestados dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobertura en los Estados Unidos². <p>Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos², consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” a continuación en esta Tabla de Beneficios Médicos.</p> <p>² Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% (hasta \$80) por cada visita en la sala de emergencias cubierta por Medicare¹.</p> <p>Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabiliza, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta. <i>De lo contrario</i>, para pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red, su atención para pacientes internados fuera de la red debe ser autorizada por el plan.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico El beneficio de acondicionamiento físico ofrece una afiliación básica a los centros de acondicionamiento físico participantes. Además, los afiliados pueden solicitar un programa de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre los beneficios de acondicionamiento físico.</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Educación sobre la salud</p> <p>Médicos clínicos capacitados promueven los comportamientos saludables y ayudan a los afiliados a desarrollar habilidades que mejoren su capacidad de cuidado personal. Ofrecen apoyo y educación sobre sus opciones de tratamiento para ayudarlo a tomar decisiones sobre la atención de salud. Estos médicos clínicos también envían material educativo y aconsejan sobre los módulos educativos que se encuentran en el sitio web de nuestro plan.</p> <p>Línea de Consultas con Enfermeras</p> <p>El servicio gratuito de consultas telefónicas de enfermería, a cargo de personal clínico capacitado, está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La Línea de Consultas con Enfermeras ofrece evaluaciones de atención de salud, en tiempo real, para ayudar al afiliado a decidir el nivel de atención que necesita en el momento. Las enfermeras ofrecen consultas personales, respuestas a preguntas sobre salud y apoyo para el control de síntomas, que ayudan a los afiliados a tomar decisiones informadas y adecuadas sobre su atención y tratamiento. Los afiliados pueden acceder a la Línea de Consultas con Enfermeras llamando al 1-800-893-5597 (TTY: 711).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de educación sobre la salud y el bienestar.</p> <p>Consulte la sección “Decision Power[®]: Salud y Bienestar” en “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener información sobre estos beneficios.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:</p> <p>Las evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico, realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico, tienen cobertura como atención para pacientes ambulatorios cuando son proporcionadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada prueba auditiva cubierta por Medicare¹.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos adicionales incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pruebas auditivas de rutina (no cubiertas por Medicare), limitadas a una por año.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada prueba auditiva de rutina (no cubierta por Medicare).</p>
<p>Nuestro plan cubre servicios de audición proporcionados por Hearing Care Solutions, Inc. (Hearing Care Solutions).</p>	<p>No hay copago por una prueba auditiva anual proporcionada por Hearing Care Solutions.</p>
<p>Las citas deben hacerse directamente con Hearing Care Solutions.</p>	<p>No hay copago por examen de ajuste de audífonos.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Pruebas auditivas, una vez al año.• Examen de ajuste de audífonos.• Dos audífonos (todos los tamaños y estilos con un nivel de tecnología digital superior): cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios, según una prueba auditiva, cada 3 años³.	<p>No hay copago por audífonos. Hay un beneficio máximo de dos audífonos para ambos oídos combinados (uno por oído) cada 3 años³. El beneficio máximo es de \$2,000 para los dos audífonos, para ambos oídos combinados (\$1,000 por instrumento).</p>
<p>³ Los beneficios de años múltiples pueden no estar disponibles en años posteriores.</p>	<p>El beneficio máximo cubre completamente el costo de sus audífonos. No tendrá costos de desembolso compartidos.</p>
	<p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en esta sección, para obtener más información sobre los beneficios relacionados con los servicios de audición cubiertos.</p>
	<p>¹ Según su nivel de</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para las embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá certificar que usted necesita estos servicios y le pedirá a una agencia de cuidado de la salud en el hogar que se los brinde. Usted debe estar confinado a su hogar, lo cual significa que dejar el hogar constituye un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios sociales y médicos.• Equipos y suministros médicos.	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las visitas de cuidado de la salud en el hogar cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de enfermos terminales</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Es elegible para el beneficio de cuidado de enfermos terminales si su médico y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnosticaron una enfermedad terminal, con un pronóstico de 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor.• Atención de relevo a corto plazo.• Atención en el hogar. <p><u>Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado de enfermos terminales relacionados con su enfermedad terminal. Mientras se encuentre en un programa de cuidado de enfermos terminales, su proveedor del centro de cuidado de enfermos terminales le facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original pague.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no están relacionados con su enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios dependerá de que usted utilice o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de costo compartido del plan para aquellos servicios dentro de la red.• Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según el pago por servicio de Medicare (Medicare Original). <p><u>Para los servicios cubiertos por nuestro plan que no están</u></p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare, Medicare Original paga sus servicios de cuidado de enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal, y no, nuestro plan.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la consulta en un centro de cuidado de enfermos terminales por única vez.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>cubiertos por Medicare Parte A o B</u>: Nuestro plan continuará cubriendo aquellos servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos en la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su enfermedad terminal. Usted paga el monto de costo compartido del plan para estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan</u>: Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si no necesita atención en un centro de cuidado de enfermos terminales (atención que no está relacionada con una enfermedad terminal), deberá comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Vacunas contra la gripe, una vez al año, en el otoño o el invierno.• Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.• Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por otras vacunas cubiertas por</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>Medicare si usted se encuentra en riesgo y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B¹.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.</p> <p>Usted está cubierto durante 90 días por período de beneficios para los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería regulares.• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios).• Medicamentos.• Pruebas de laboratorio.• Rayos X y otros servicios de radiología.• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.• Costos de quirófano y sala de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.• Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados.• En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, dispondremos lo necesario para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga \$0 o los montos de costo compartido definidos por Medicare por la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare. En 2017, los montos de costo compartido definidos por Medicare para cada período de beneficios eran los siguientes:</p> <p>Días 1 al 60: deducible de \$1,316¹.</p> <p>Días 61 al 90: \$329 por día¹.</p> <p>Días 91 al 150: \$658 por cada día de reserva vitalicia¹.</p> <p>Una vez agotados estos días de reserva vitalicia, el afiliado debe pagar todos los costos.</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2018¹. Sus beneficios de paciente internado se basan en la fecha de admisión. Si usted es admitido en el hospital en 2018 y no le dan el alta hasta 2019, se aplicarán los</p>



Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>trasplante dentro de la red se ofrecen fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtener los servicios en un lugar local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar las tasas de Medicare Original. Si nuestro plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Servicios de médicos. <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe indicar por escrito que lo admitan formalmente en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none">• Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web, https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	<p>copagos de 2018 hasta que sea dado de alta del hospital o trasladado a un centro de enfermería especializada. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información¹.</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabiliza, su costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.</p> <p>El período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada.</p> <p>Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención hospitalaria para pacientes internados en cualquier hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>períodos de beneficios.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medi-Cal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. <p>Usted está cubierto durante 90 días por período de beneficios para las internaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Hay un límite de 190 días de por vida para servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Si usted ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, entonces solo tiene derecho a recibir la diferencia entre la cantidad de días de por vida ya utilizada en el beneficio del plan.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Usted paga \$90 por día, desde el día 1 hasta el día 15, por período de beneficios, por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare¹.</p> <p>Usted paga \$0 por día, desde el día 16 hasta el día 90, por período de beneficios, por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare.</p> <p>Sus beneficios de paciente internado se basan en la fecha de admisión. Si usted es admitido en el hospital en 2018 y no le dan el alta hasta 2019, se aplicarán los copagos de 2018 hasta que sea dado de alta del hospital o trasladado a un centro de enfermería especializada.</p> <p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre los servicios de salud mental.</p> <p>El período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención hospitalaria para pacientes internados en cualquier hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una internación sin cobertura</p> <p>Si usted ya agotó sus beneficios para pacientes internados, o si la internación no es razonable y necesaria, no cubriremos la internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados tipos de servicios que reciba mientras esté en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de médicos.• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).• Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos.• Vendajes quirúrgicos.• Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para corregir fracturas y dislocaciones.• Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente) o el funcionamiento de un órgano interno que tenga una disfunción o no funcione de manera permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos.• Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Los servicios enumerados seguirán cubiertos conforme a los montos de costo compartido descritos en la Tabla de Beneficios Médicos para el servicio específico.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico. Por ejemplo, si se utilizaran estos suministros médicos durante una visita a la sala de emergencias, se incluirían</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>reemplazos requeridos por ruptura, desgaste o pérdida, o por un cambio en el estado del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>como parte del copago de la visita a la sala de emergencias.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio se ofrece a las personas con diabetes o enfermedad renal (de los riñones), pero que no estén en tratamiento de diálisis, o después de un trasplante de riñón cuando lo remite su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica, conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas por año después de eso. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de remisión de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su remisión todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare</p> <p>Todos los planes de salud de Medicare cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (por sus siglas en inglés, MDPP) para los beneficiarios elegibles de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamientos asociados a la salud que brinda entrenamiento práctico para el cambio nutricional a largo plazo, el aumento de la actividad física y la implementación de estrategias de</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>resolución de problemas a fin de superar el desafío de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>deducible por el beneficio del MDPP.</p>
<p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los afiliados a nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, en general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o consumen cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si se inscribió en Medicare Parte A, en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado a su hogar, tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare¹.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, incluidas las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas médicas estén cubiertas. Lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	<p>total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p> Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de orientación intensivos para ayudarlo a perder peso. Se cubre esta orientación si la recibe en un ámbito de atención primaria en el que puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la terapia y el examen de detección de obesidad preventivo.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	<i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Es posible que se solicite una remisión.
<ul style="list-style-type: none">• Rayos X.• Servicios radiológicos terapéuticos (radioterapia, terapia con radio y con isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos.• Suministros quirúrgicos, como vendajes.• Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para corregir fracturas y dislocaciones.• Servicios de laboratorio (incluyen análisis de sangre y de orina, y algunas pruebas de detección).• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.• Electrocardiogramas.• Servicios radiológicos de diagnóstico (incluyen pruebas complejas, como tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética y tomografía por emisión de fotón único).	Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico. Por ejemplo, si se utilizaran estos suministros médicos durante una visita a la sala de emergencias, se incluirían como parte del copago de la visita a la sala de emergencias.
	Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los servicios de rayos X cubiertos por Medicare ¹ .
	No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
	Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los electrocardiogramas cubiertos por Medicare ¹ .

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por la sangre y los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por otros procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare, incluidos los materiales y los suministros del técnico¹.</p> <p>Si el médico le brinda servicios adicionales a los procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios, es posible que se aplique un costo compartido por separado.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>observación o la cirugía para pacientes ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención.• Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Suministros médicos, como férulas y yesos.• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya indicado por escrito que lo admitan como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital. Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web, https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga los montos de costo compartido correspondientes que figuran en esta Tabla de Beneficios Médicos para el servicio específico.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico. Por ejemplo, si se utilizaran estos suministros médicos durante una visita a la sala de emergencias, se incluirían como parte del copago de la visita a la sala de emergencias.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada con práctica médica, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare¹.</p>

¹ Según su nivel de

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p> <p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en distintos entornos, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF).</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare¹.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios para el trastorno de abuso de sustancias proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada con práctica médica, asistente médico u otro programa o profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare¹.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p> <p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre los servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si le van a hacer una cirugía en un centro hospitalario, deberá preguntarle a su proveedor si será paciente ambulatorio o paciente internado. A menos que el proveedor indique por escrito que lo admitan como paciente internado en un hospital, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% del 20% por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare (incluidas las inyecciones</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>epidurales)¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare (incluidas las inyecciones epidurales).</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.
Servicios de internación parcial “Internación parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la atención como paciente internado.	<i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por la internación parcial cubierta por Medicare ¹ . ¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original. Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p> <p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre los servicios de salud mental.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital u otro centro.• Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.• Pruebas auditivas y exámenes del equilibrio básicos realizados por su PCP si su médico los indica para saber si necesita tratamiento médico.• Ciertos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento a cargo de un médico o profesional, para pacientes que se encuentren en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.• Atención dental que no es de rutina (los servicios	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita al consultorio del médico de atención primaria o por los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita a</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, los arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas (cancerígenas), o los servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico).</p> <p>Es posible que se deban pagar copagos adicionales para los servicios prestados.</p>	<p>un especialista o por los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un especialista cubiertos por Medicare.</p> <p>Para los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital u otro centro, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico.</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón).• Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores. <p>Los servicios cubiertos adicionales incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare), limitado a 12 visitas por año.	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita cubierta por Medicare (cuidado de los pies médicamente necesario)¹.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita de rutina (no cubierta por Medicare).</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen de tacto rectal.• Prueba de antígeno prostático específico (por sus siglas en inglés, PSA). <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de PSA anual.</p>
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo, en forma total o parcial. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y con la reparación o el reemplazo de las prótesis. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte “Atención de la vista”, más adelante en esta sección, para obtener más detalles.</p> <p>Nutrición parenteral y enteral cubierta por Medicare: suministros y nutrientes relacionados. No se cubren los alimentos para bebés y otros productos de supermercado que se puedan licuar y utilizar con el sistema enteral, o cualquier suplemento nutricional adicional (como aquellos para ingesta diaria de proteínas o calorías).</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Medicare¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por los suministros y nutrientes relacionados con la nutrición parenteral y enteral, cubiertos por Medicare¹.</p>
	<p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p>
	<p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), de moderada a muy grave, y una remisión para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare¹.</p>

¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p> Evaluación y orientación para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva,</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de evaluación y</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico de atención primaria o un profesional de la salud calificados en un ámbito de atención primaria.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>orientación para reducir el consumo indebido de alcohol, cubiertos por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (por sus siglas en inglés, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los afiliados elegibles son personas de entre 55 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado, por lo menos, 30 paquetes al año, y que actualmente fuman o que han dejado de hacerlo en los últimos 15 años. Además, estas personas reciben una indicación escrita para una LDCT durante una visita de orientación, toma de decisión compartida y detección de cáncer de pulmón, que cumple con los requisitos de Medicare para dichas visitas y que es brindada por un médico o por un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la LDCT inicial:</i> el afiliado debe recibir una indicación escrita para un examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede ser brindada durante una visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden brindar una visita de orientación y de toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para exámenes subsiguientes con una LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisión compartida ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para la prevención de ITS</p> <p>Cubrimos las pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de ITS cuando las pruebas sean indicadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales por año de orientación del comportamiento de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un ámbito de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y orientación para la prevención de ITS, cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitar sobre la atención de enfermedades renales y para ayudar a que los afiliados tomen decisiones	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3).• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial).• Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).• Equipos y suministros de diálisis en el hogar.• Determinados servicios de apoyo en el hogar (como las visitas de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento de diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua, cuando sea necesario). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B”.</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada visita de servicios de diálisis renal (del riñón) cubierta por Medicare¹.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de educación sobre enfermedades renales, hasta 6 sesiones de por vida, cubiertos por Medicare.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo. Los centros de enfermería especializada, a veces, se denominan “SNF”, por sus siglas en inglés).</p> <p>Usted está cubierto por 100 días por período de beneficios. No se requiere hospitalización antes de la admisión al SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio generalmente proporcionadas por los SNF. • Rayos X y otros servicios de radiología generalmente proporcionados por los SNF. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga los montos de costo compartido definidos por Medicare. En 2017, los montos para cada período de beneficios fueron de \$0, o bien los siguientes:</p> <p>Días 1 al 20: \$0 por día.</p> <p>Días 21 al 100: \$164.50 por día¹.</p> <p>Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 durante el período de beneficios.</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2018¹. Sus</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los SNF.• Servicios de médicos/profesionales. <p>En general, usted obtendrá su atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias enumeradas a continuación, es posible que usted deba recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan para el pago.</p> <ul style="list-style-type: none">• Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua, donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de enfermería especializada).• Un SNF en el que su cónyuge está viviendo en el momento en que usted deja el hospital.	<p>beneficios de paciente internado se basan en la fecha de admisión. Si usted es admitido en un centro de enfermería especializada en 2018 y no le dan el alta hasta 2019, se aplicarán los copagos de 2018 hasta que deje de recibir atención para pacientes internados en un hospital de atención aguda, un SNF o un centro de salud mental para pacientes internados durante 60 días consecutivos. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información¹.</p>
	<p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p>
	<p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p> <p>El período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención hospitalaria para pacientes internados en cualquier hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p> Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar)</p> <p><u>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos la orientación para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:</u> cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos la orientación para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido que corresponda. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de los programas para dejar de fumar y de consumir tabaco, cubiertos por Medicare.</p>
<p>La orientación adicional para dejar de fumar, en línea y por teléfono, es proporcionada por médicos clínicos capacitados e incluye orientación sobre los pasos que se deben seguir en cuanto a cambios, planificación, orientación y educación. Los afiliados reciben una evaluación en profundidad y un plan personalizado para dejar de fumar. Esto incluye hasta 4 llamadas de asesoramiento personalizado y proactivo, y un número gratuito con acceso ilimitado para hablar con un asesor que le dará apoyo para abandonar el hábito de fumar. Consulte la sección “Decision Power[®]: Salud y Bienestar” en “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre este beneficio.</p>	
<p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	
Servicios de transporte	<i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
<p>El transporte que no es de emergencia se cubre solo cuando es médicamente necesario, cuando se utilizan los proveedores de transporte contratados por el plan y cuando se trata de viajes de ida y vuelta a los centros y proveedores contratados por el plan. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada viaje de un trayecto, hasta 40 viajes de un trayecto hacia ubicaciones aprobadas por el</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>plan cada año calendario.</p> <p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre los servicios de transporte de rutina (que no sean de emergencia).</p>
<p>Servicios requeridos de urgencia</p> <p>Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento.</p> <p>El costo compartido de los servicios requeridos de urgencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de esos servicios prestados dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobertura en los Estados Unidos¹. <p>La atención requerida de urgencia recibida fuera de los Estados Unidos¹ puede considerarse una emergencia, conforme a los beneficios de la cobertura internacional de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” a continuación en esta Tabla de Beneficios Médicos.</p> <p>¹ Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% (hasta \$65) por cada visita de servicios requeridos de urgencia cubierta por Medicare¹.</p> <p>Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto.• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años.• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por cada examen de la vista (diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista) cubierto por Medicare¹.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o del 20% por la prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare¹.</p> <p>No hay coseguro, copago ni</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	deducible por la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.
Los servicios cubiertos adicionales incluyen lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none">• Examen de la vista de rutina (refracción), limitado a un examen por año.<ul style="list-style-type: none">○ Opción de compra de 2 pares de lentes y accesorios de rutina cada 24 meses⁴. Se limita a 2 juegos de marcos y 2 pares de lentes de anteojos o lentes de contacto durante un período de 24 meses⁴.	No hay coseguro, copago ni deducible por los lentes y accesorios posteriores a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare.
* Los montos que pague por estos servicios no cuentan para el monto de desembolso máximo de \$5,000.	No hay coseguro, copago ni deducible por cada examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare).
⁴ Los beneficios de años múltiples pueden no estar disponibles en años posteriores.	Usted tiene una asignación de \$500 para marcos o lentes de contacto cada 24 meses*. ⁴
	Usted paga el 80% del saldo restante que supere la asignación para marcos.
	Por lentes de contacto de rutina que no son médicamente necesarios, usted paga el 85% del saldo restante que supere la asignación para lentes de contacto convencionales y el 100% del saldo restante que supere la asignación para lentes de contacto desechables*.
	No hay copago para lentes de contacto médicamente necesarios dos veces cada 24 meses*. ⁴

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Están disponibles los beneficios de lentes y accesorios de rutina adicionales (no cubiertos por Medicare)*.</p> <p>Consulte “Información adicional sobre los beneficios”, más adelante en este capítulo, para obtener más información sobre los beneficios de la vista de rutina.</p> <p>¹ Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga ninguna responsabilidad por costos compartidos para servicios de Medicare Original.</p> <p>Si usted tiene Medicare y es elegible para la cobertura total de Medicaid, no debe pagar nada. Si tiene Medicaid, pero no es elegible para la cobertura total de Medicaid, debe pagar por mes un monto en dólares que contará para sus gastos médicos antes de que usted califique para los beneficios de Medicaid. Dicho monto en dólares se denomina “parte del costo”. La parte del costo es similar al deducible del desembolso de un plan de seguro privado. El Departamento de Bienestar del condado</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	determina su parte del costo según sus ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre su parte del costo de Medicaid, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo.
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre, por única vez, una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como también educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, en caso de que lo necesite.</p> <p>Importante: Nuestro plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando haga la cita, informe al personal del consultorio del médico que desea programar la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago o coseguro por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cobertura internacional de emergencia/urgencia</p> <p>“Cobertura internacional de emergencia/urgencia” se define como atención de urgencia o de emergencia, y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos².</p> <ul style="list-style-type: none">● Limitada solamente a servicios que serían clasificados como atención de emergencia, de urgencia o servicios posteriores a la estabilización, si se hubieran prestado en los Estados Unidos².● Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud.● Están cubiertos los medicamentos de la Parte D facturados como parte de la atención de urgencia, de emergencia o de servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos². No están cubiertos los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D que se obtienen en una farmacia de venta minorista fuera de los Estados Unidos¹.● Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos de conversión de monedas o de transacción) no están cubiertos.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la cobertura internacional de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos².</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la cobertura internacional de urgencia recibida fuera de los Estados Unidos².</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el transporte internacional de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos².</p> <p>Hay un límite anual de \$50,000 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia, incluidos los servicios de ambulancia.</p>

² Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.

Información adicional sobre los beneficios

Beneficios de atención de salud mental y abuso de sustancias

Los beneficios de salud mental y abuso de sustancias son administrados por MHN Services, contratado por Health Net para asegurar y administrar estos beneficios.

Cómo obtener servicios de proveedores contratados por MHN

Como afiliado a nuestro plan, usted puede utilizar cualquiera de los proveedores de servicios de salud mental contratados por MHN que figuran en el *Directorio de Proveedores* de MHN del plan. Los proveedores de servicios de salud mental contratados por MHN también se conocen como proveedores de la red de MHN. (El contrato del proveedor cambia periódicamente; usted puede comunicarse con Health Net o consultar, en línea, el listado más actualizado de los proveedores de la red de MHN de Medicare Advantage). Un proveedor de servicios de salud mental que no tiene contrato con MHN se considera proveedor fuera de la red.

Niveles de atención alternativos y para pacientes internados (internación parcial), terapia electroconvulsiva

Para que estos servicios y suministros estén cubiertos, MHN debe autorizarlos. Para obtener autorización para estos servicios, debe llamar a MHN, al **1-800-646-5610 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. MHN lo remitirá a un proveedor de la red de MHN cercano a su área. El proveedor le realizará una evaluación para determinar si es necesario un tratamiento adicional. Si usted necesita tratamiento, el proveedor de la red de MHN desarrollará un plan de tratamiento y enviará dicho plan a MHN para que lo revise. Cuando los servicios propuestos hayan sido autorizados por MHN, serán cubiertos por este plan. Si MHN Services no aprueba el plan de tratamiento, no se cubrirán más servicios o suministros para esa afección. Sin embargo, MHN Services puede indicarle recursos comunitarios en los que puede encontrar formas alternativas de ayuda disponibles.

Para obtener información actualizada sobre los proveedores, comuníquese con MHN al **1-800-646-5610 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo o visitar nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios en el consultorio

No se requiere autorización previa ni inscripción para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios en el consultorio. Usted o su proveedor deben comunicarse con MHN para verificar la elegibilidad o el estado de la red del proveedor, y analizar sus beneficios y cualquier tipo de copagos aplicables. Si confirma sus beneficios y costo compartido para pacientes ambulatorios, nos ayuda a asegurar que el pago de reclamos sea más fluido, ya que su

caso aparecerá en nuestro sistema.

La revisión de necesidad médica se puede llevar a cabo a través de una conversación con su proveedor sobre el plan del tratamiento, en cualquier momento durante el curso del tratamiento. MHN está a su disposición para responder cualquier pregunta sobre su atención, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Para comunicarse con MHN, llame al **1-800-646-5610** (TTY: 711 para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

¿Qué servicios de salud mental y abuso de sustancias están cubiertos?

Su plan cubre los siguientes servicios. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre copagos y coseguros.

Servicios para pacientes ambulatorios

La intervención en crisis, la evaluación y terapia a corto plazo, la terapia especializada a largo plazo y cualquier otra atención de rehabilitación para pacientes ambulatorios que esté relacionada con el abuso de sustancias pueden estar cubiertas, con visitas ilimitadas, sujetas a la revisión de necesidad médica según lo determinado por MHN Services. La atención para la administración de medicamentos también está cubierta cuando corresponda. Consulte “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios” en la Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre el costo compartido.

Segunda opinión

MHN Services puede requerir, como condición para la cobertura, que usted solicite una segunda opinión de un proveedor de la red de MHN que corresponda, para verificar la necesidad médica o adecuación de un servicio cubierto. Además, usted, como afiliado, tiene derecho a pedir una segunda opinión en los siguientes casos:

- Su proveedor de la red de MHN le da un diagnóstico o le recomienda un plan de tratamiento con los que usted no está satisfecho.
- Usted no está satisfecho con el resultado del tratamiento que ha recibido.
- Usted cuestiona la necesidad de los procedimientos quirúrgicos recomendados o si estos son razonables.
- Se le diagnostica una enfermedad, o se le recomienda un plan de tratamiento por una enfermedad, que amenaza con la pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal, o con provocar impedimentos sustanciales, incluida, por ejemplo, una enfermedad crónica grave.
- Su proveedor de la red de MHN no puede diagnosticar su afección, o los resultados de las pruebas son contradictorios.
- Las indicaciones clínicas son complejas o confusas, el diagnóstico está en duda debido a que los resultados de las pruebas son contradictorios, o el proveedor de la red de MHN no es capaz de diagnosticar la afección.
- El plan de tratamiento en curso no mejora su enfermedad dentro de un período de tiempo apropiado para el diagnóstico y el plan de atención.

- Usted intentó seguir el plan de atención o consultó al proveedor inicial de la red de MHN sobre inquietudes graves con respecto al diagnóstico o al plan de atención.

Para solicitar la autorización para una segunda opinión, comuníquese con MHN Services al **1-800-646-5610 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. MHN Services revisará la solicitud y, si considera que una segunda opinión es médicamente necesaria, autorizará una remisión a un proveedor de la red de MHN. Cuando solicite una segunda opinión, usted será responsable de cualquier copago que corresponda.

Las segundas opiniones solo serán autorizadas para los proveedores de la red de MHN, a menos que se demuestre que no se encuentra disponible ningún proveedor de la red de MHN debidamente calificado. MHN Services asegurará que el proveedor seleccionado para la segunda opinión cuente con la debida licencia y tenga conocimiento y experiencia en relación con el área clínica específica en cuestión.

Si la afección que usted enfrenta representa una amenaza inminente y grave a su salud, que incluye, entre otros, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante, o si la falta de acción en tiempo y forma perjudicara su capacidad para recuperar el máximo funcionamiento, la segunda opinión se dará de manera oportuna y apropiada para la naturaleza de la afección, sin exceder las 72 horas después de que MHN Services reciba la solicitud, siempre que sea posible. Para obtener una copia completa de esta política, comuníquese con MHN Services al **1-800-646-5610 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Servicios para pacientes internados

Si usted cree que necesita servicios para pacientes internados, deberá obtener una autorización previa de MHN Services. Usted deberá brindar toda la información necesaria relacionada con su problema antes de comenzar el tratamiento.

El tratamiento para pacientes internados de un trastorno mental o de abuso de sustancias está cubierto, sujeto a un máximo de por vida combinado de 190 días por afiliado. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental o abuso de sustancias brindados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Consulte “Atención de salud mental para pacientes internados” en la Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre el costo compartido.

Los servicios y suministros cubiertos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

- Alojamiento en una habitación de dos o más camas, incluidas las unidades de tratamiento especial, como unidades de cuidado intensivo y las unidades de atención psiquiátrica, a menos que se determine que una habitación privada es médicamente necesaria.
- Suministros y servicios auxiliares, normalmente proporcionados por el centro, incluidos los servicios profesionales, los servicios de laboratorio y los medicamentos despachados para ser utilizados durante la internación, las evaluaciones psicológicas y la orientación o la terapia individual, familiar o de grupo.

Excepto en una emergencia y en casos de cuidados intensivos para pacientes ambulatorios, los servicios y suministros proporcionados sin autorización previa no estarán cubiertos por MHN Services, aun cuando dichos servicios o suministros habrían estado cubiertos si usted hubiera solicitado la autorización previa.

Desintoxicación

Los servicios para pacientes internados para la desintoxicación aguda y el tratamiento de afecciones médicas agudas relacionadas con el abuso de sustancias están cubiertos, excepto según lo establecido en la sección “Exclusiones y limitaciones para trastornos mentales y abuso de sustancias”.

Servicios de emergencia

Detecciones, exámenes y evaluaciones que realiza un médico u otro personal, dentro de lo permitido por la ley correspondiente y el ámbito de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia psiquiátrica, dentro de las capacidades del centro.

MHN tiene médicos clínicos con licencia, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, a fin de abordar todas las solicitudes para admisión inmediata a un centro, si el paciente representa un peligro para sí mismo o para los demás, o está gravemente discapacitado. Puede comunicarse con MHN al **1-800-646-5610 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) las 24 horas del día, los siete días de la semana.

En casos de servicios de emergencia, MHN Services utiliza la siguiente definición de “estándar de persona prudente”. **El “estándar de persona prudente” establece lo siguiente:** La afección médica de emergencia hace referencia a una afección médica que se manifiesta con síntomas extremos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, pueda creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata puede causar: 1) un verdadero peligro para la salud o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé por nacer; 2) un grave deterioro de las funciones corporales; 3) una grave disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transición de la atención para las nuevas personas inscritas

Si en el momento de inscribirse en Health Net, usted está recibiendo atención continua para una enfermedad mental aguda, grave o crónica de parte de un proveedor fuera de la red, podemos cubrir temporalmente dichos servicios brindados por un proveedor no afiliado a MHN Services, sujeto a los copagos aplicables y a cualquier otra exclusión y limitación de este plan.

Este proveedor fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los términos y condiciones contractuales estándares de los proveedores de salud mental de MHN Services, incluidas, entre otras, las tasas, el otorgamiento de referencias, los privilegios hospitalarios, la revisión de la utilización, la revisión realizada por expertos homólogos y los requisitos de garantía de la calidad, y debe encontrarse dentro del área de servicio del plan.

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar una atención continua o desea solicitar una copia de nuestra política de continuidad de la atención, llame a MHN Services, al **1-800-646-5610 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Exclusiones y limitaciones para trastornos mentales y abuso de sustancias

La atención de salud mental como condición de libertad bajo palabra, libertad condicional o pruebas ordenadas por un tribunal para comprobar trastornos mentales se limita a los servicios médicamente necesarios y está sujeta a los límites de visitas de este plan, anteriormente descritos en esta sección.

Los servicios y suministros para tratar trastornos mentales y abuso de sustancias están cubiertos solo como se establece en la Tabla de Beneficios Médicos, en “Atención de salud mental para pacientes internados”, “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios”.

La siguiente lista detalla los artículos y servicios que están limitados o que no se incluyen dentro de los servicios de trastornos mentales y abuso de sustancias:

- Pruebas y tratamientos ordenados por un tribunal, excepto cuando sean médicamente necesarios y se encuentren dentro de las visitas permitidas por el contrato del plan.
- Habitaciones privadas en hospitales o atención de enfermería privada, a menos que se determine que es un servicio médicamente necesario y que se obtenga una autorización de MHN Services.
- Tratamiento en un centro de tratamiento residencial.
- Tratamiento en un programa de internación parcial o un programa de cuidado intensivo para pacientes ambulatorios que no sea con un proveedor de Medicare certificado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS).

Servicios auxiliares, por ejemplo:

- Rehabilitación vocacional y otros servicios de rehabilitación.
- Entrenamiento del comportamiento.
- Terapia ocupacional o del habla.
- Terapia del sueño y orientación laboral.
- Terapia o servicios educativos o de capacitación.
- Otros servicios educativos.
- Servicios de nutrición.
- Tratamiento brindado por proveedores que no tienen licencias reconocidas por Medicare o MHN como proveedores que prestan servicios médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares de la comunidad médica aplicables. Los CMS no incluyen las licencias de terapeuta matrimonial y familiar y de asesor profesional con licencia limitada para cobertura y reembolso.
- Los servicios que excedan aquellos para los que se obtiene autorización de MHN Services cuando se requiere autorización.

- Evaluaciones psicológicas, salvo que las realice un psicólogo con licencia para ayudar a la planificación del tratamiento, incluida la administración de medicamentos o la aclaración del diagnóstico, y excluidas específicamente todas las pruebas educativas, académicas y de logros, las evaluaciones psicológicas relacionadas con afecciones médicas o para determinar la buena disposición quirúrgica y los informes automatizados e informatizados.
- Todos los medicamentos que requieren receta médica o los que no la requieren, y las tarifas de laboratorio, excepto los medicamentos y las tarifas de laboratorio indicados por un profesional en relación con el tratamiento de pacientes internados.
- Los servicios, tratamientos o suministros proporcionados sin autorización a los pacientes internados, salvo que se trate de servicios de emergencia.
- Servicios, tratamientos o suministros para la atención de salud proporcionados en un caso que no sea de emergencia por un proveedor fuera de la red, a menos que se haya recibido la autorización de MHN Services o que esté estipulado de otro modo por el plan.
- Daños a un hospital o a un centro provocados por usted.
- Servicios, tratamientos o suministros para la atención de salud que MHN Services considere experimentales, de acuerdo con los estándares de salud mental aceptados, a menos que la ley exija lo contrario.
- Tratamiento de biorretroalimentación, acupuntura o hipnoterapia.
- Servicios, tratamientos o suministros para la atención de salud, proporcionados a usted, que no sean servicios médicamente necesarios. Esto incluye, entre otros, servicios, tratamientos o suministros principalmente para el descanso o la convalecencia, cuidado asistencial o atención domiciliaria, según lo determinado por MHN Services.
- Los servicios recibidos antes de su fecha de entrada en vigor o los servicios recibidos durante una internación que comenzó antes de su fecha de entrada en vigor. Además, los servicios recibidos después de que finalice su cobertura no están cubiertos, excepto los servicios recibidos durante una internación que comenzó antes de su fecha de terminación.
- Servicios profesionales recibidos de parte de una persona que vive en su hogar o que está relacionada con usted por consanguinidad o afinidad.
- Servicios prestados en una sala de emergencias, que no estén directamente relacionados con el tratamiento de un trastorno mental.
- Servicios recibidos fuera de su estado primario de residencia, excepto en el caso de los servicios de emergencia, y según lo autorizado de otro modo por MHN Services.
- Tratamiento con estimulación magnética transcraneal.
- Todos los demás servicios, internaciones, tratamientos o suministros no proporcionados, principalmente, para el tratamiento de beneficios específicos cubiertos, o incluidos como servicios cubiertos en alguna otra sección de este plan.

¿Cómo debo presentar un reclamo por servicios de salud mental y abuso de sustancias?

En la mayoría de los casos, su proveedor de salud mental presentará sus reclamos directamente a MHN. Si recibe una factura por los servicios, envíe su reclamo a MHN. Para obtener los formularios de reclamos en línea, visite www.mhn.com. Si desea obtener ayuda, llame a la línea de reclamos de MHN, al número gratuito **1-800-444-4281** (TTY: **711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central.

Adjunte su factura detallada al formulario de reclamos. Envíe por correo la factura detallada y el formulario de reclamos completo a la siguiente dirección:

MHN Claims Department
Post Office Box 14621
Lexington, KY 40512-4621

También puede verificar el estado de su reclamo llamando a MHN Services, al **1-800-646-5610** (TTY: **711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Le informaremos el estado del reclamo en un plazo de 72 horas a partir de la recepción del reclamo. Si le corresponde un reembolso, le enviaremos un cheque por correo en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su reclamo.

Cuando usted recibe servicios de emergencia o urgencia de un proveedor o centro fuera de la red

Debido a una emergencia médica inmediata, usted puede ser hospitalizado en un centro fuera de la red. Puede ser trasladado a un centro que pertenezca a MHN Services tan pronto como su afección médica esté lo suficientemente estable para dicho traslado. Si MHN Services dispone el traslado, MHN Services será responsable, desde el punto de vista financiero, del costo del transporte hasta un centro que pertenezca a MHN Services. Cuando reciba atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, usted debe solicitar que el proveedor facture los servicios directamente a MHN Services. Si el proveedor le factura directamente a usted, MHN Services le reembolsará los cargos pagados por servicios de emergencia y de atención de urgencia fuera del área, menos los copagos aplicables. Para poder recibir el reembolso, usted debe presentar una factura detallada y un formulario de reclamo completo ante MHN Services. Para obtener los formularios de reclamo en línea, ingrese en www.mhn.com. Si desea obtener ayuda, llame a la línea de reclamos de MHN, al número gratuito **1-800-444-4281** (TTY: **711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central.

Los formularios de reclamos completos deben enviarse a la siguiente dirección:

MHN Claims Department
Post Office Box 14621
Lexington, KY 40512-4621

¿TIENE PREGUNTAS?

Para obtener información actualizada sobre los proveedores o una autorización para recibir servicios, llame a MHN Services, al **1-800-646-5610** (TTY: **711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas. También puede visitar el sitio web de MHN Services, www.mhn.com, para obtener una lista de los proveedores de la red de MHN en su área.

Los beneficios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar quejas.

Servicios dentales (DHMO)

NOTA: Como afiliado a nuestro plan, usted cuenta con beneficios dentales cubiertos por Medicare. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos, que aparece anteriormente en este capítulo, para obtener información sobre los copagos y beneficios. Como afiliado a nuestro plan, usted también cuenta con los beneficios dentales de rutina preventivos e integrales de HMO (no cubiertos por Medicare) que se describen a continuación.

El plan Health Net Dental y los servicios cubiertos son administrados por Dental Benefit Administrative Services. Health Net Dental dispone de los servicios dentales a través de dentistas contratados para proporcionar servicios a nuestros afiliados. Le sugerimos que asuma un papel activo para asegurar una buena salud dental y le recomendamos que programe una primera cita con un dentista general de atención primaria dentro de los 120 días de su inscripción. Esto permitirá encontrar y tratar cualquier afección.

Todos los servicios deben ser proporcionados por un dentista contratado para que sean cubiertos conforme a este plan. La mayoría de los servicios cubiertos estarán disponibles con su dentista general de atención primaria seleccionado y serán proporcionados por este. Las excepciones se describen en las secciones “Remisiones a dentistas especializados” y “Atención dental de emergencia”. Consulte el directorio actual de Health Net Dental para obtener un listado de los dentistas generales de atención primaria disponibles.

En caso de una emergencia, siga las pautas explicadas en la sección “Atención dental de emergencia”. También puede comunicarse con Health Net Dental al **1-866-249-2382 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los días feriados, para obtener ayuda con los procedimientos necesarios.

Esta sección lo ayudará a entender los beneficios del plan dental. Proporciona una descripción de los requisitos de copagos dentales, las exclusiones, las limitaciones y los beneficios de este plan. Lea esta sección y guárdela para tenerla como referencia cuando decida usar los servicios disponibles a través de este plan. En caso de una emergencia, siga las pautas explicadas en la sección “Atención dental de emergencia”.

Si necesita ayuda con los procedimientos necesarios en una emergencia o si tiene alguna pregunta sobre los beneficios dentales, los copagos, las limitaciones o las exclusiones, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental, al **1-866-249-2382 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los días feriados. Además, los servicios de intérprete se encuentran disponibles llamando al Departamento de Servicios al Afiliado.

Cómo elegir a su dentista general de atención primaria

Usted debe elegir a un dentista general de atención primaria del directorio de Health Net Dental. El Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental se encuentra disponible para brindar asistencia en la selección de un dentista general de atención primaria. Le solicitamos que elija a su dentista general de atención primaria dentro de los primeros 30 días de cobertura. Si no se elige a un dentista general de atención primaria, Health Net Dental le asignará uno que esté cerca de su residencia.

A excepción de lo establecido a continuación, todos los servicios cubiertos deben ser proporcionados por el dentista general de atención primaria para que estén cubiertos por este plan dental. Health Net Dental no cubre servicios ni suministros proporcionados por un dentista que no sea su dentista general de atención primaria, a excepción de lo que se especifica en “Atención dental de emergencia” y “Remisiones a dentistas especializados” en esta sección. Su dentista general de atención primaria debe obtener una aprobación de Health Net Dental antes de proporcionarle la remisión a un especialista. Este plan dental no cubre servicios ni suministros proporcionados por profesionales de atención de salud que no sean médicos o dentistas.

Remisiones a dentistas especializados

Su dentista general de atención primaria tiene la responsabilidad principal de su atención dental. Cuando se autorice el tratamiento, se aplicarán los copagos dentales detallados en el programa de servicios dentales cubiertos. Si no se autoriza el tratamiento, recibirá un aviso de rechazo que le informará el motivo de la denegación y le explicará su derecho a apelar la decisión (solicitar una reconsideración). Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 de esta *Evidencia de Cobertura*. Su cobertura debe estar en vigencia en el momento de comenzar cada procedimiento para que este sea considerado como cubierto por este plan. Esto incluye las remisiones para atención de ortodoncia.

Atención dental de emergencia

Los servicios de atención dental de emergencia y de urgencia son servicios médicamente necesarios para aliviar dolores intensos u otros síntomas. También pueden ser necesarios para diagnosticar y tratar una enfermedad repentina que una persona razonable en la misma situación creería que esta podría representar una amenaza grave para la salud o provocar algún tipo de problema a la salud si no se trata inmediatamente. La atención y los servicios dentales de emergencia, según lo definido en el Código de Salud y Seguridad de California, incluyen pruebas de detección, exámenes y evaluaciones para determinar si existe una afección médica de emergencia.

Qué es lo que debe hacer cuando necesita atención dental de emergencia o servicios requeridos de urgencia

Si necesita atención dental de emergencia, debe comunicarse inmediatamente con el dentista general de atención primaria que usted seleccionó para programar una cita. Todos los dentistas contratados tendrán atención dental de emergencia disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Si el dentista general de atención primaria no está disponible, usted puede buscar atención dental de emergencia de parte de cualquier dentista con licencia. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental al **1-866-249-2382 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los días feriados. Los servicios de intérprete se encuentran disponibles llamando a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado.

Los servicios proporcionados por un dentista que no sea el dentista general de atención primaria estarán cubiertos solo cuando se demuestre lo siguiente:

- No le fue posible obtener servicios de su dentista general de atención primaria.
- Los servicios fueron brindados para atención dental de emergencia.
- Los servicios eran médicamente necesarios.
- Los servicios están enumerados como beneficios cubiertos por este plan.
- Usted debe pagar los copagos dentales. Si no se cumplen las condiciones antes descritas, usted deberá pagar todos los cargos facturados, según los honorarios habituales y acostumbrados razonables del dentista.
- Si se encuentra fuera del área de servicio o a más de 35 millas de su dentista general de atención primaria, puede recibir servicios de atención dental de emergencia y de urgencia de parte de cualquier dentista con licencia. Siga las reglas que se describen a continuación en “Reembolso para atención dental de emergencia”.

Transición de la atención para los nuevos afiliados

Este es un resumen de nuestra política de transición de la atención. Usted puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental para solicitar una copia formal.

Los nuevos afiliados que están recibiendo tratamiento por una afección aguda de un dentista no contratado deben llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental, al **1-866-249-2382 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los días feriados. Los servicios de intérprete se encuentran disponibles llamando al Departamento de Servicios al Afiliado. Se revisará su situación específica para determinar si puede continuar el tratamiento con ese dentista o si la atención debe continuarse con un dentista contratado.

Lea la sección “Qué es lo que debe hacer cuando necesita atención dental de emergencia o servicios requeridos de urgencia”. Dicha sección enumera las situaciones en las que la atención dental de emergencia para afecciones dentales agudas puede ser brindada por un dentista no contratado.

Una afección dental aguda se define como médicamente necesaria para cualquier afección urgente que requiera lo siguiente:

- Alivio para el dolor intenso o sangrado.
- Eliminación de una infección aguda.
- Tratamiento de una lesión de los dientes que se necesita inmediatamente.

Limitaciones de la atención de transición

La decisión de aprobar la atención de transición por una afección aguda depende de Health Net Dental. Solo se cubrirá cuando sea aprobada por Health Net Dental.

- Health Net Dental aprobará la atención de transición con un proveedor no contratado solo hasta el momento en que sea adecuado que reciba atención de un dentista contratado.
- Health Net Dental no cubrirá servicios ni proporcionará beneficios que no estén cubiertos de acuerdo con los términos y condiciones de la *Evidencia de Cobertura*.
- Health Net Dental no cubrirá servicios ni proporcionará beneficios que estén cubiertos por un plan dental anterior.
- Health Net Dental puede pedir que el dentista no contratado cumpla los mismos términos y condiciones contractuales que se les piden a nuestros dentistas contratados.
- Health Net Dental no será responsable de las acciones resultantes de negligencia, mala praxis u otros actos ilícitos como resultado de los servicios de atención de transición proporcionados por un dentista no contratado.

Segundas opiniones

Este es un resumen de nuestra política sobre segundas opiniones. Se encuentra disponible una copia formal a través del Departamento de Servicios al Afiliado.

Usted puede solicitar una segunda opinión de un tratamiento propuesto o realizado. En el caso de que Health Net Dental apruebe su solicitud de una segunda opinión por cualquier motivo, Health Net Dental pagará todos los cargos necesarios, incluido el copago dental.

Usted puede solicitar una segunda opinión en los siguientes casos:

- Cuestiona o no acepta el razonamiento, la necesidad, el diagnóstico o el plan de tratamiento elegido por su dentista general de atención primaria.
- No está satisfecho con el progreso o los resultados del tratamiento que recibió de un proveedor.
- Las indicaciones clínicas no están claras o el diagnóstico es dudoso.
- El dentista general de atención primaria no puede diagnosticar la afección.

Para recibir la aprobación para una segunda opinión, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental. Si se autoriza la segunda opinión, será remitido a un dentista contratado. Se puede hacer una excepción a esta política si no se encuentra disponible un dentista contratado en su área. El dentista que brinde la segunda opinión debe tener licencia, actuar dentro del alcance de su práctica, poseer experiencia clínica apropiada, incluida la capacitación, el conocimiento y la experiencia relacionados con la atención dental. Cuando solicite una segunda opinión, usted será responsable, desde el punto de vista financiero, de cualquier copago dental correspondiente que se detalle en el programa de servicios dentales cubiertos. Los cargos por segundas opiniones que no sean aprobados por Health Net Dental no están cubiertos conforme a este plan.

Si se deniega la solicitud de una segunda opinión, se le notificará por escrito la razón de la denegación. El aviso le informará por qué se denegó la segunda opinión y le explicará cómo puede solicitar una reconsideración conforme a los procedimientos de presentación de apelaciones descritos en el Capítulo 9 de esta *Evidencia de Cobertura*.

Revisión de la utilización

Health Net Dental revisa los patrones de tratamiento y ciertos tratamientos para determinar la adecuación. Asimismo, usa pautas y establece criterios durante el proceso de revisión. Estas pautas y ciertos criterios están disponibles cuando los solicite.

Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental

El Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental se encuentra disponible durante el horario normal de atención para brindarle ayuda con su plan dental. El horario normal de atención es de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los días feriados. Estamos a solo una llamada gratuita de distancia. Podemos responder preguntas y explicarle sus beneficios dentales, selecciones de consultorios dentales o transferencias a estos, remisiones para atención de especialidades, segundas opiniones, tarjetas de identificación, quejas y otras cuestiones. También podemos proporcionar ayuda si necesita los servicios de un intérprete. Los servicios de intérprete se encuentran disponibles durante el horario normal de atención llamando al **1-866-249-2382**. Los servicios de TTY están disponibles durante el horario normal de atención llamando al **711**.

Copagos dentales

Para los beneficios o servicios cubiertos, usted será responsable de los honorarios (copagos) que se enumeran más adelante en el programa de servicios dentales cubiertos. Usted paga los copagos dentales al dentista contratado (dentista general de atención primaria o dentista especializado) en el momento en que se recibe la atención. También es responsable del costo de cualquier servicio que no esté indicado específicamente como un beneficio cubierto. *Usted no es responsable de los pagos que Health Net Dental adeude a los dentistas contratados.*

Coordinación de beneficios

Cuando tiene cobertura conforme a este plan y a cualquier otro plan, la cobertura conforme a este plan es la cobertura primaria.

Responsabilidad de pago del afiliado

Usted es responsable de cualquier copago dental que se aplique y del pago de los servicios o beneficios no cubiertos que excedan las limitaciones especificadas en las secciones “Limitaciones principales de los beneficios dentales” y “Exclusiones dentales principales”. Si Health Net Dental no paga a un dentista contratado los servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna suma de dinero que Health Net Dental adeude al dentista. Sin embargo, si Health Net Dental no paga a un dentista no contratado, es posible que usted sea responsable del pago. Si recibe atención dental que no es de emergencia de un proveedor que no sea su dentista general de atención primaria, usted será responsable del pago, excepto en los casos en los que la atención brindada sea una emergencia fuera del área.

Terminación del contrato del dentista contratado

Al terminar el contrato de cualquier dentista contratado, Health Net Dental será responsable del pago de los servicios cubiertos prestados por ese proveedor (que no sean los copagos dentales) a usted, que conserva la elegibilidad de acuerdo con el contrato o por intervención de la ley, y que se encuentra bajo la atención de dicho proveedor en el momento de la terminación, hasta que se completen los servicios cubiertos que dicho proveedor le esté prestando, a menos que Health Net Dental disponga de manera razonable y médicamente apropiada la prestación de dichos servicios de parte de cualquier otro dentista contratado. Usted puede elegir continuar la atención con el dentista (si el contrato del dentista fue dado por terminado por el plan) en el caso de que la atención fuera por una afección crónica aguda o grave. Si tiene alguna pregunta al respecto o si desea solicitar la continuidad de la atención, debe comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental.

Relación con contratistas independientes

La relación entre Health Net Dental y los dentistas contratados es una relación de contratistas independientes. Los dentistas contratados son corporaciones profesionales y profesionales comunitarios e independientes que tienen licencia para proporcionar servicios dentales. Aunque Health Net Dental controla periódicamente los aspectos de los servicios prestados por los dentistas contratados, estos no son agentes o empleados de Health Net Dental, y Health Net Dental y sus empleados y agentes no son empleados o agentes de ningún dentista contratado. Los dentistas contratados mantienen una relación de dentista-paciente con usted y son los únicos responsables de todos los servicios que le brindan. Esta *Evidencia de Cobertura* o el contrato no crean ninguna relación de empresa conjunta, sociedad, empleo, agencia ni de ningún otro tipo.

Mala praxis dental

Health Net Dental y los dentistas contratados son entidades independientes que han establecido contratos entre ellos con el objetivo de brindar servicios dentales a los afiliados a Health Net Dental, mientras que los dentistas no contratados no pueden tener relación con Health Net Dental. Cualquier disputa sobre mala praxis, negligencia o actos ilícitos médicos de cualquier dentista no incluirá a Health Net Dental e incluirá solo al proveedor sujeto a la acusación.

Responsabilidad de terceros

Si usted se lesiona a causa de las acciones realizadas por otra persona (un tercero), Health Net Dental proporcionará beneficios para todos los servicios cubiertos brindados por dentistas contratados, así como también para la atención dental de emergencia, tal como se describe en esta *Evidencia de Cobertura*. Sin embargo, si usted recibe dinero debido a las lesiones, debe reembolsar a Health Net Dental por el valor de cualquier servicio que se haya brindado a través de este plan.

Si se lesiona debido a las acciones de un tercero y desea recibir los beneficios conforme a este plan, debe cooperar con los esfuerzos de Health Net Dental para obtener el reembolso, lo cual incluye informar a Health Net Dental lo siguiente: el nombre y la dirección del tercero, si lo conoce; el nombre y la dirección de su abogado, si está utilizando los servicios de dicho profesional. Asimismo, debe completar otros trámites que Health Net Dental pueda requerir. Si recibe dinero debido a las lesiones sufridas, y ha recibido los beneficios conforme a este plan para esas lesiones, debe retener en fideicomiso cualquier suma de dinero que reciba y no utilizarla hasta que Health Net Dental reciba el reembolso por el valor de los beneficios que proporcionó.

A menos que usted reciba dinero de un reclamo por indemnización por accidentes y enfermedades laborales, el monto que se le exige que reembolse a Health Net Dental se limita a un tercio del dinero que haya recibido si contrató a un abogado o la mitad del dinero que haya recibido, si no lo contrató. Los hospitales u otras partes también pueden presentar reclamos por reembolso, que son aparte de cualquier reclamo de Health Net Dental.

Rechazo del tratamiento

Si usted no acepta los procedimientos o tratamientos recomendados por un dentista contratado, el dentista puede considerar esta negativa a aceptar sus medidas de acción como contraria a mantener la relación dentista-paciente. Asimismo, el dentista puede considerar que dicha negativa impide la prestación de una buena atención dental. Si usted se niega a aceptar dicho tratamiento o procedimiento recomendado, y el dentista contratado considera que no existe tratamiento profesionalmente aceptable, se le notificará. Si aun así usted se niega a aceptar el tratamiento o procedimiento recomendado, ni Health Net Dental ni el dentista contratado tendrán más responsabilidad de proporcionar atención para la afección bajo tratamiento. En este caso, usted tiene derecho a solicitar un tratamiento o servicios alternativos que considere cubiertos y a apelar las solicitudes que sean denegadas. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 de esta *Evidencia de Cobertura*. Las disposiciones de esta sección no impiden que usted cambie de dentista general de atención primaria, previo aviso correspondiente al Departamento de Servicios al Afiliado. El derecho de un paciente adulto legalmente competente de decidir si someterse o no a los procedimientos médicos necesariamente incluye, sujeto a ciertas excepciones limitadas, el derecho a rechazar medicamentos, tratamiento u otros procedimientos. La declaración general del derecho a negarse al tratamiento se establece en el Título 22 del Código de Regulaciones de California, Sección 70707 (también conocida como “Declaración de Derechos del Paciente”).

Política pública

Health Net Dental permite que sus afiliados participen en el establecimiento de su política pública a través de su Comité de Política Pública. A los efectos de este párrafo, “política pública” se refiere a las acciones realizadas por Health Net Dental y sus empleados para asegurar la comodidad, la dignidad y la conveniencia de los afiliados que confían en los dentistas contratados para que les provean los servicios cubiertos. Si desea más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental.

Derecho a recibir y divulgar información

Como condición de inscripción en este plan dental, Health Net Dental, sus agentes, sus contratistas independientes y sus dentistas contratados tendrán derecho a divulgar a cualquier persona, organización u organismo gubernamental, o bien a obtener de estos, cualquier información y registro, incluidos los expedientes de pacientes de los afiliados, que Health Net Dental exige o está obligado a proporcionar de acuerdo con el proceso legal o con las leyes federales, estatales o locales, o exige en la administración de este plan dental.

Intransferibilidad de los beneficios

La cobertura y los beneficios de este plan no pueden ser transferidos sin el consentimiento previo por escrito de Health Net Dental. Este consentimiento puede negarse por cualquier razón. Health Net Dental se reserva el derecho de pagar beneficios, a su criterio, directamente al dentista a cargo o a usted.

Política de privacidad de Health Net Dental

Se encuentra a su disposición el aviso de privacidad de Health Net Dental, en el cual se explican sus políticas y procedimientos para mantener la confidencialidad de los expedientes médicos y el uso y la divulgación, de parte de Health Net Dental, de la información médica protegida. Este aviso es exigido por las leyes de privacidad estatales y federales, incluida la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA). Lo recibirá en el momento de la inscripción, o bien cuando lo solicite o se introduzcan modificaciones sustanciales.

Fraude y abuso

Health Net Dental tiene un programa antifraudes para investigar posibles problemas relacionados con fraude y abuso. Los afiliados y solicitantes pueden informar un problema sospechoso a Health Net Dental, y nosotros lo investigaremos en forma confidencial.

El fraude se define como un engaño o una declaración falsa de parte de un proveedor, de su parte o de parte de cualquier otra persona que actúe en su nombre, con el conocimiento de que el engaño o la declaración falsa podrían resultar en un beneficio o pago no autorizado. Un reclamo falso o ficticio puede incluir declaraciones falsas o ficticias, o ser respaldado por estas.

Los siguientes casos son algunos ejemplos de fraude:

- Presentar reclamos por servicios, suministros o equipos que no se le proporcionan a usted o que usted no utiliza.

- Facturar o presentar un reclamo por servicios, suministros o equipos no cubiertos o no cobrables, encubiertos como artículos cubiertos.
- Proporcionar servicios a una persona que no es elegible y facturar o presentar un reclamo por los servicios a nombre de un afiliado elegible.
- Realizar una declaración falsa de fechas, frecuencia, duración, descripción o servicios proporcionados.

El abuso es una práctica incorrecta o el uso indebido de un servicio o suministro de parte de un proveedor o de su parte que resulta en costos o beneficios innecesarios. El abuso incluye pagos por servicios o suministros que no son médicamente necesarios o aquellos que no cumplen con los estándares profesionalmente reconocidos.

Los siguientes casos son algunos ejemplos de abuso:

- Un patrón de proporcionar servicios que no son médicamente necesarios, o en caso de serlo, no lo son en la medida prestada o proporcionada.
- Atención de inferior calidad. Por ejemplo, proporcionar constantemente servicios dentales que no cumplen con los estándares de atención aceptados.
- Incumplimiento de mantener registros clínicos o financieros adecuados.
- Uso excesivo de medicamentos controlados de parte de un afiliado (por ejemplo, analgésicos), que a veces se logra usando múltiples proveedores.

Para denunciar un supuesto asunto de fraude o abuso, los afiliados y los solicitantes pueden llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental, al **1-866-249-2382** (TTY: **711** para las personas con dificultades de audición y del habla), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los días feriados. Los servicios de intérprete se encuentran disponibles llamando al Departamento de Servicios al Afiliado.

Limitaciones principales de los beneficios dentales

Para determinar su responsabilidad con respecto a los copagos, consulte el programa de servicios dentales cubiertos. Los beneficios de años múltiples pueden no estar disponibles en años posteriores.

Exámenes bucales cubiertos como un beneficio aparte solo si no se prestó ningún otro servicio que no sean rayos X durante la visita. Limitados a 2 por año calendario.

- La profilaxis (limpieza) se limita a dos por año calendario, sin cargo. Los servicios adicionales de profilaxis tendrán un copago de \$40 para los adultos (desde los 18 años) y de \$25 para los niños (hasta los 17 años).
- El tratamiento con flúor se limita a una vez por año calendario para los adultos (desde los 18 años) y para los niños (hasta los 17 años).
- Los rayos X de aleta de mordida se limitan a una serie de cuatro placas en cualquier año calendario.

- Los rayos X de boca completa se limitan a una vez cada veinticuatro meses consecutivos.
- Los selladores están cubiertos hasta cumplir catorce años y se limitan solo a los primeros y segundos molares permanentes.
- Los tratamientos periodontales (eliminación del sarro gingival y alisamiento radicular) se limitan a cuatro cuadrantes separados en doce meses consecutivos y no más de dos cuadrantes por fecha de servicio.
- El procedimiento de mantenimiento periodontal/profilaxis periodontal (incluida la eliminación del sarro menor) se limita a dos por año calendario después de la eliminación del sarro y el alisamiento radicular (terapia activa).
- La cirugía periodontal (gingivectomía u ósea mucogingival) se limita a una vez por cuadrante en un período de treinta y seis meses consecutivos.
- La dentadura postiza completa o parcial extraíble superior/inferior no debe exceder a una sola en un período de cinco años, y solo si no es satisfactoria y no se puede hacer satisfactoria, ya sea reajustándola o reparándola.
- El reemplazo de una restauración está cubierto solo cuando es dentalmente necesario.
- Las dentaduras postizas parciales fijas estarán cubiertas solo cuando una dentadura postiza parcial extraíble no pueda restaurar satisfactoriamente el caso. Si las dentaduras postizas parciales fijas se usan cuando una dentadura postiza parcial extraíble podría restaurar satisfactoriamente el caso, entonces la dentadura postiza parcial fija se considera tratamiento opcional.
- Las coronas de molde completo, las coronas de porcelana y las coronas de porcelana fundidas con metal o de plástico procesadas con algún tipo de metal no son un beneficio para los niños de 16 años o menores. El plan cubre una corona de acrílico o acero inoxidable.
- Una corona colocada en un diente específico solo está cubierta una vez en un período de cinco años y solo si no se puede reparar o recuperar su función natural. De acuerdo con las políticas y los procedimientos del plan, solo se cubrirá un máximo de cinco coronas y dentaduras postizas parciales extraíbles en cualquiera de los arcos.
- El alargamiento de la corona, en lugar de todos los otros tratamientos de restauración realizados en el mismo diente en el mismo día, se limita a una vez por diente de por vida.
- La renovación del borde o de la base de dentaduras postizas completas o inmediatas, dentalmente necesaria, dentro de los seis meses de la colocación de la dentadura postiza de reemplazo, se limita a una sola. Después de los seis meses iniciales, la renovación del borde y de la base se limitan a una por arco por año, con el copago dental correspondiente.
- La remisión para pedodoncia para los niños de hasta seis años estará cubierta solo después de que se hayan hecho dos intentos de tratamiento con el dentista primario.

- Los beneficios de remisión a especialistas se limitan a los procedimientos necesarios de endodoncia, periodoncia y cirugía oral que no puedan ser prestados por el dentista primario asignado.
- Se excluye la consulta con un especialista por servicios no cubiertos.
- Las placas de apoyo o *stayplates* (dentaduras postizas parciales provisionales) solo son un beneficio para adultos, para reemplazar los dientes anteriores extraídos.
- El tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental se considera un beneficio aparte para el pago, solo si no se presta ningún otro servicio (excepto rayos X) durante la visita.

Disposiciones de tratamiento opcional

Si (1) puede realizarse un procedimiento, servicio o tratamiento menos costoso en lugar del tratamiento propuesto para corregir una afección dental, según lo determinado por el plan, y (2) el tratamiento alternativo producirá un resultado satisfactorio desde el punto de vista profesional, entonces el gasto dental máximo elegible que se considerará para el pago será el del tratamiento menos costoso.

Exclusiones dentales principales

No se realizarán pagos por lo siguiente:

- Servicios a los que usted tiene derecho de acuerdo con cualquier ley o reglamentación de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o cualquier otro plan de seguro, aun cuando no haya reclamado dichos beneficios.
- Procedimientos que (a) no sean dentalmente necesarios; (b) no estén habitualmente reconocidos en el campo de la especialidad del dentista como esenciales para el tratamiento de la afección; (c) sean para servicios no indicados por el dentista contratado a cargo.
- Tratamiento para la articulación temporomandibular.
- Servicios dentales optativos o cosméticos, excepto si están descritos en el programa de beneficios como servicios cubiertos y son realizados por un dentista contratado. Los beneficios de restauraciones con compuesto a base de resina en dientes posteriores (detrás del segundo bicúspide) se basarán en la asignación para la restauración con amalgama correspondiente.
- Cirugía oral que requiera el arreglo de fracturas o dislocaciones. Cirugía ortognática u otros procedimientos quirúrgicos orales solo con propósitos de ortodoncia.
- Pérdida o robo de dentaduras postizas completas o parciales u otros aparatos dentales.
- Ciertos servicios, como estos:
 - a. despacho de medicamentos;
 - b. imágenes fotográficas de diagnóstico;
 - c. rayos X panorámicos, excepto cuando se usan como parte de una serie de boca completa solo en el consultorio del dentista primario contratado;
 - d. protector de dientes atlético;

- e. aditamentos de precisión o semiprecisión;
 - f. duplicación de dentaduras postizas;
 - g. aparatos de hábitos dañinos;
 - h. malformaciones congénitas o del desarrollo, incluidas, entre otras, paladar hendido, dientes faltantes por razones congénitas o dientes supernumerarios;
 - i. un servicio no descrito específicamente como beneficio cubierto;
 - j. rayos X realizados en el consultorio de un especialista (excepto para las remisiones autorizadas para pedodoncia);
 - k. cargos hospitalarios de cualquier tipo.
- Procedimientos quirúrgicos orales que involucren lo siguiente:
 - a. la realización del contorno de tejidos duros y blandos;
 - b. exploración de los senos nasales;
 - c. cierre de fistulas oroantrales;
 - d. extracción de cuerpos extraños;
 - e. glándulas y conductos salivales;
 - f. extracción o tratamiento de quistes, tumores o neoplasmas.
 - Cualquier procedimiento de implante, reimplante o procedimientos relacionados.
 - Procedimientos que sean considerados experimentales o de investigación, o que no sean ampliamente aceptados como probados y eficaces dentro de la comunidad dental organizada.
 - Sedación por inhalación, medicamentos de sedación oral o sedación intramuscular.
 - Tratamientos a cargo de un especialista, o consultas a este, en los siguientes casos:
 - a. se considera que a usted no se le puede administrar el tratamiento del dentista primario, excepto los niños de hasta seis años;
 - b. el dentista primario no puede proporcionar el tratamiento debido a su afección médica o sus limitaciones físicas;
 - c. la consulta es para servicios no cubiertos.
 - Gastos dentales realizados conforme a este plan dental que se relacionen con cualquier procedimiento dental iniciado antes de la fecha de entrada en vigor según este plan o después de la terminación de su cobertura.
 - Procedimientos relacionados con lo siguiente:
 - a. análisis de la mordida;
 - b. corrección de abrasión, erosión o desgaste;
 - c. cambio de contacto o contorno;
 - d. restauraciones con el objetivo de inmovilizar con férula dental (excepto cuando es necesario conjuntamente con el tratamiento periodontal);
 - e. injertos;
 - f. tratamiento de afecciones no patológicas;
 - g. dentaduras postizas de encaje y procedimientos asociados.

- Servicios que, según el plan, no tienen un pronóstico razonable ni favorable.
- Una enfermedad contraída o lesiones sufridas como resultado de grandes desastres; guerra, declarada o no; enfermedades epidémicas; o de la exposición a la energía nuclear, sea o no resultado de una guerra.
- Mayor responsabilidad para el tratamiento adicional en un diente cuando usted y el proveedor hayan elegido un plan de tratamiento que es rechazado por el plan. (Usted puede apelar la denegación).
- Las coronas, las incrustaciones o los recubrimientos de dientes pueden restablecerse satisfactoriamente por otros medios que cumplen con los estándares profesionalmente reconocidos.
- Todas las coronas y las dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles para la reconstrucción completa de la boca, definidas como tratamiento relacionado con lo siguiente:
 - a. el cambio en la dimensión vertical;
 - b. la restauración de la oclusión;
 - c. tratamiento de restauración extensivo que involucre todos los dientes ocluidos restantes.
- Un dentista contratado puede rechazar brindar tratamiento a un afiliado que continuamente interrumpa el curso del tratamiento indicado.

Exclusiones y limitaciones de beneficios de ortodoncia

- Los beneficios de ortodoncia están disponibles solo en los consultorios de ortodoncia contratados.
- Si usted cambia de área y no puede recibir tratamiento con el ortodoncista contratado original, la cobertura conforme a este programa se termina y usted tiene la obligación de pagar los honorarios habituales y acostumbrados razonables del ortodoncista con el que completa el tratamiento.
- Usted no puede transferir el tratamiento cubierto de un ortodoncista contratado a otro.
- No se pagará ningún beneficio para un programa de tratamiento de ortodoncia que haya comenzado antes de que usted se inscriba en el plan de ortodoncia.
- Los beneficios del plan se limitan a 24 meses de tratamiento de ortodoncia habitual y acostumbrado (colocación de bandas para el tratamiento de fase 2).
- Si usted deja de ser elegible durante el tratamiento, la cobertura conforme a este programa se termina y usted tiene la obligación de pagar los honorarios habituales y acostumbrados razonables que correspondan para todo el saldo restante del tratamiento.
- Los casos de cirugía ortognática y los casos que implican paladar hendido, micrognatia, macroglosia, desequilibrios hormonales, trastornos de la articulación temporomandibular o terapia miofuncional.

- Están excluidos los casos de un nuevo tratamiento de ortodoncia, los cambios en el tratamiento necesarios debido a un accidente de cualquier tipo y el tratamiento debido a negligencia o a la falta de cooperación.
- Los siguientes casos no están incluidos en los beneficios de ortodoncia y se aplican los cargos habituales y acostumbrados del ortodontista:
 - a. evaluación de diagnóstico inicial y rayos X;
 - b. trazados;
 - c. tratamiento de ortodoncia de fase 1 (previo a la colocación de bandas en toda la boca);
 - d. registros; aparatos funcionales; dispositivos que se usan en la cabeza, dispositivos previos a las bandas, aparatos o terapia; placas de mordida; aparatos para la expansión del paladar; aparatos para corregir la succión del pulgar o de la lengua; posicionadores; correctores verticales activos o guías para los dientes;
 - e. correctores transparentes o linguales;
 - f. extracciones u otros procedimientos quirúrgicos orales con propósitos de ortodoncia;
 - g. modelos de estudio;
 - h. reemplazo de aparatos, bandas, correctores o retenedores de ortodoncia perdidos o rotos.

Programa de servicios dentales cubiertos

Los copagos por los siguientes servicios dentales de rutina (no cubiertos por Medicare) no se aplican a su monto de desembolso máximo por los servicios médicos cubiertos descrito en la Sección 1.2 que aparece anteriormente en este capítulo.

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
DE DIAGNÓSTICO		
D0120	Evaluación bucal periódica: paciente existente	Sin cargo
D0140	Evaluación bucal limitada: basada en un problema	Sin cargo
D0145	Evaluación bucal: paciente menor de tres años y orientación con el cuidador principal	Sin cargo
D0150	Evaluación bucal integral: nuevo paciente o paciente existente	Sin cargo
D0170	Nueva evaluación: limitada y basada en un problema (paciente existente, visita que no es posoperatoria)	Sin cargo
D0171	Nueva evaluación: visita al consultorio posoperatoria	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: nuevo paciente o paciente existente	Sin cargo
D0210	Intrabucal: serie completa (incluye aleta de mordida)	Sin cargo
D0220	Intrabucal: primera placa periapical	Sin cargo
D0230	Intrabucal: periapical, cada placa adicional	Sin cargo
D0240	Intrabucal: placa oclusal	Sin cargo
D0250	Extrabucal: primera placa	Sin cargo
D0251	Radiografía dental extrabucal posterior	Sin cargo
D0260	Extrabucal: cada placa adicional	Sin cargo
D0270	Aleta de mordida: una sola placa	Sin cargo
D0272	Aleta de mordida: dos placas	Sin cargo
D0273	Aleta de mordida: tres placas	Sin cargo
D0274	Aleta de mordida: cuatro placas	Sin cargo
D0277	Aleta de mordida vertical: siete a ocho placas	Sin cargo
D0330	Placa panorámica	Sin cargo
D0350	Imágenes fotográficas bucales/faciales	Sin cargo
D0351	Imágenes fotográficas 3D	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo
D0470	Moldes de diagnóstico	\$15
D0472	Acceso al tejido, examen ordinario, preparación y envío del informe escrito	Sin cargo
D0473	Acceso al tejido, examen ordinario y microscópico, preparación y envío del informe escrito	Sin cargo
D0474	Acceso al tejido, examen ordinario y microscópico, incluida la evaluación de los márgenes quirúrgicos para detectar la presencia de enfermedades, preparación y envío del informe escrito	Sin cargo
D0486	Acceso a muestra de biopsia por cepillado, examen microscópico, preparación y envío del informe escrito	Sin cargo
D0600	Procedimientos de diagnóstico no ionizante	Sin cargo

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
PREVENTIVO		
D1110	Profilaxis: adulto	Sin cargo
D1110	Profilaxis: adulto (además de las 2 veces permitidas por año calendario)	\$40
D1120	Profilaxis: niño	Sin cargo
D1120	Profilaxis: niño (además de las 2 veces permitidas por año calendario)	\$25
D1203	Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis): niño	Sin cargo
D1204	Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis): adulto	Sin cargo
D1206	Barniz tópico de flúor, aplicación terapéutica para pacientes con riesgo de caries moderado a alto	Sin cargo
D1310	Orientación nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin cargo
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin cargo
D1351	Sellador: por diente	\$12
D1353	Reparación de sellador: por diente	\$12
D1354	Aplicación de medicamento provisorio para detener el desarrollo de caries	\$15
D1510	Separador: fijo, unilateral	\$55
D1515	Separador: fijo, bilateral	\$55
D1520	Separador: extraíble, unilateral	\$55
D1525	Separador: extraíble, bilateral	\$55
D1550	Recementación de separador	\$10
D1555	Extracción de separador fijo	\$10
D1575	Separador en el arco lingual: fijo, unilateral	\$55
RESTAURATIVO		
D2140	Amalgama: 1 superficie, primaria o permanente	\$18
D2150	Amalgama: 2 superficies, primarias o permanentes	\$20
D2160	Amalgama: 3 superficies, primarias o permanentes	\$22
D2161	Amalgama: 4 o más superficies, primarias o permanentes	\$27
D2330	Compuesto a base de resina: 1 superficie, anterior (primaria o permanente)	\$20
D2331	Compuesto a base de resina: 2 superficies, anteriores (primarias o permanentes)	\$24
D2332	Compuesto a base de resina: 3 superficies, anteriores (primarias o permanentes)	\$40
D2335	Compuesto a base de resina: 4 o más superficies o que involucre un ángulo incisivo, anteriores (primarias o permanentes)	\$50
D2390	Corona con compuesto a base de resina, anterior (primaria o permanente)	\$50

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D2391	Compuesto a base de resina: 1 superficie, posterior (primaria o permanente)	\$80
D2392	Compuesto a base de resina: 2 superficies, posteriores (primarias o permanentes)	\$85
D2393	Compuesto a base de resina: 3 superficies, posteriores (primarias o permanentes)	\$90
D2394	Compuesto a base de resina: 4 superficies o más, posteriores (primarias o permanentes)	\$100
D2510	Incrustación: metálica, una superficie ¹	\$225
D2520	Incrustación: metálica, dos superficies ¹	\$225
D2530	Incrustación: metálica, tres o más superficies ¹	\$225
D2542	Recubrimiento: metálico, dos superficies ¹	\$225
D2543	Recubrimiento: metálico, tres superficies ¹	\$225
D2544	Recubrimiento: metálico, cuatro o más superficies ¹	\$225
D2740	Corona: sustrato de porcelana/cerámica	\$300
D2750	Corona: porcelana fundida con metal muy noble ¹	\$225
D2751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$225
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble ¹	\$225
D2780	Corona: 3/4 de metal muy noble moldeado ¹	\$225
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente básico moldeado	\$225
D2782	Corona: 3/4 de metal noble moldeado ¹	\$225
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	\$225
D2790	Corona: molde completo con metal muy noble ¹	\$225
D2791	Corona: molde completo de metal predominantemente básico	\$225
D2792	Corona: molde completo con metal noble ¹	\$225
D2794	Corona: titanio	\$225
D2910	Recementación de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial	\$10
D2915	Recementación de espiga y muñón moldeados o prefabricados	\$10
D2920	Recementación de corona	\$10
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario	\$25
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente	\$35
D2940	Empaste sedante	Sin cargo
D2950	Reconstrucción del muñón, incluido cualquier perno ¹	\$30
D2951	Retención del perno, por diente, además de la restauración ¹	\$15
D2952	Espiga y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente ¹	\$75
D2953	Cada espiga adicional fabricada indirectamente: mismo diente ¹	\$40
D2954	Espiga y muñón prefabricados, además de la corona	\$55
D2955	Extracción de la espiga (no realizada conjuntamente con terapia de endodoncia)	\$10

¹ Los copagos dentales tienen un cargo adicional que no debe exceder el costo real del laboratorio para los metales preciosos y semipreciosos.

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D2970	Corona temporal (diente fracturado)	Sin cargo
ENDODONCIA		
D3110	Protección de la pulpa, directa (excluida la restauración final)	\$5
D3120	Protección de la pulpa, indirecta (excluida la restauración final)	\$5
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluida la restauración final)	\$18
D3221	Desbridamiento de la pulpa, dientes primarios y permanentes	\$18
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior, primario (excluida la restauración final)	\$25
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior, primario (excluida la restauración final)	\$25
D3310	Terapia de endodoncia: anterior (excluida la restauración final)	\$85
D3320	Terapia de endodoncia: bicúspide I (excluida la restauración final)	\$145
D3330	Terapia de endodoncia: molar (excluida la restauración final)	\$225
D3332	Terapia de endodoncia incompleta: diente inoperable, fracturado o que no puede restaurarse	\$85
D3346	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: anterior	\$170
D3347	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: bicúspide	\$245
D3348	Retratamiento de un tratamiento de conducto previo: molar	\$275
D3351	Formación de ápice/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación por calcificación de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	\$65
D3352	Formación de ápice/recalcificación: reemplazo provisorio de los medicamentos (cierre apical/reparación por calcificación de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	\$65
D3353	Formación de ápice/recalcificación: visita final (incluye tratamiento de conducto completo, cierre apical/reparación por calcificación de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	\$65
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular: anterior	\$125
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular: bicúspide (primera raíz)	\$150
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz)	\$160
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	\$125
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$95
D3450	Amputación de raíz: por raíz	\$150
D3920	Hemisección (incluida cualquier extracción de raíz), no incluye tratamiento de conducto	\$125
PERIODONCIA		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$100
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$35

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D4240	Procedimiento para colgajo gingival, incluido el alisamiento radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$275
D4241	Procedimiento para colgajo gingival, incluido el alisamiento radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$275
D4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro	\$160
D4260	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$350
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes, por cuadrante	\$350
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	\$375
D4271	Injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía del sitio donante)	\$375
D4273	Procedimientos de injerto de tejido conectivo subepitelial	\$375
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no se realiza conjuntamente con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$50
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno: cada diente contiguo adicional, diente implantado o zona desdentada	\$375
D4341	Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontales: cuatro o más dientes, por cuadrante	\$40
D4342	Eliminación del sarro y alisamiento radicular periodontales: de uno a tres dientes, por cuadrante	\$40
D4346	Eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave	\$35
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir la evaluación y el diagnóstico integrales	\$40
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente, mediante informe	\$60
D4910	Mantenimiento periodontal	\$35
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, mediante informe	Sin cargo
PROSTODONCIA (DENTADURAS POSTIZAS EXTRAÍBLES/PARCIALES)		
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	\$200
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	\$200
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$200
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$200
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial: con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$200
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial: con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$225

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$250
D5214	Dentadura postiza mandibular parcial: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$250
D5221	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: con base de resina	\$70
D5222	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: con base de resina	\$70
D5223	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza	\$70
D5224	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: armazón metálico moldeado, con bases de resina para dentadura postiza	\$70
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa: maxilar	\$15
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa: mandibular	\$15
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial: maxilar	\$15
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial: mandibular	\$15
D5510	Reparación de la base de la dentadura postiza completa rota	\$25
D5520	Reemplazo de un diente faltante o roto: dentadura postiza completa (cada diente)	\$25
D5610	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza	\$30
D5620	Reparación del armazón moldeado	\$35
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos rotos	\$30
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	\$35
D5650	Agregado de un diente a una dentadura postiza parcial existente	\$35
D5660	Agregado de un gancho a una dentadura postiza parcial existente	\$35
D5710	Nueva adaptación de la base de una dentadura postiza maxilar completa	\$100
D5711	Nueva adaptación de la base de una dentadura postiza mandibular completa	\$100
D5720	Nueva adaptación de la base de una dentadura postiza maxilar parcial	\$100
D5721	Nueva adaptación de la base de una dentadura postiza mandibular parcial	\$100
D5730	Reajuste de una dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	\$45
D5731	Reajuste de una dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	\$45
D5740	Reajuste de una dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	\$45
D5741	Reajuste de una dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	\$45
D5750	Reajuste de una dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	\$70

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D5751	Reajuste de una dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	\$70
D5760	Reajuste de una dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)	\$70
D5761	Reajuste de una dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)	\$70
D5810	Dentadura postiza completa provisoria: maxilar	\$100
D5811	Dentadura postiza completa provisoria: mandibular	\$100
D5820	Dentadura postiza parcial provisoria: maxilar	\$70
D5821	Dentadura postiza parcial provisoria: mandibular	\$70
D5850	Acondicionamiento del tejido: maxilar	\$25
D5851	Acondicionamiento del tejido: mandibular	\$25
PROSTODONCIA: FIJA		
D6210	Póntico: metal muy noble moldeado ¹	\$225
D6211	Póntico: metal predominantemente básico moldeado	\$225
D6212	Póntico: metal noble moldeado ¹	\$225
D6214	Póntico: titanio	\$225
D6240	Póntico: porcelana fundida con metal muy noble ¹	\$225
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal predominantemente básico ¹	\$225
D6242	Póntico: porcelana fundida con metal noble ¹	\$225
D6245	Póntico: porcelana/cerámica	\$225
D6750	Corona: porcelana fundida con metal muy noble ¹	\$225
D6751	Corona: porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$225
D6752	Corona: porcelana fundida con metal noble ¹	\$225
D6780	Corona: 3/4 de metal muy noble moldeado ¹	\$225
D6781	Corona: 3/4 de metal predominantemente básico moldeado	\$225
D6782	Corona: 3/4 de metal noble moldeado ¹	\$225
D6790	Corona: molde completo con metal muy noble ¹	\$225
D6791	Corona: molde completo de metal predominantemente básico	\$225
D6792	Corona: molde completo con metal noble ¹	\$225
D6794	Corona: titanio	\$225
D6930	Recementación de la dentadura postiza parcial fija	Sin cargo
D6970	Espiga y muñón moldeados, además del retenedor de la dentadura postiza parcial fija, fabricados indirectamente ¹	\$70
D6972	Espiga y muñón prefabricados, además del retenedor de la dentadura postiza parcial fija	\$55
D6973	Reconstrucción del muñón para el retenedor, incluido cualquier perno ¹	\$30
D6976	Cada espiga adicional fabricada indirectamente: mismo diente ¹	\$40
D6977	Cada espiga adicional prefabricada: mismo diente	\$20

¹ Los copagos dentales tienen un cargo adicional que no debe exceder el costo real del laboratorio para los metales preciosos y semipreciosos.

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
CIRUGÍA ORAL		
D7111	Extracción, remanentes coronales: diente caduco	\$15
D7140	Extracción: diente erupcionado o raíz expuesta (evaluación o extracción con fórceps)	\$15
D7210	Extracción quirúrgica de un diente erupcionado que requiere evaluación del colgajo mucoperióstico y extracción del hueso o de la sección del diente	\$40
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$60
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente óseo	\$80
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo	\$125
D7241	Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$150
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de piezas dentales residuales (procedimiento incisivo)	\$50
D7270	Reimplante de diente o estabilización de diente accidentalmente extraído o desplazado	\$110
D7280	Exposición por acceso quirúrgico de un diente no erupcionado	\$175
D7285	Biopsia de tejido bucal: duro (hueso, diente)	\$60
D7286	Biopsia de tejido bucal: blando (todos los demás)	\$60
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$55
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$18
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$70
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$23
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal	Sin cargo
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal, complicado (incluye el drenaje de varios espacios faciales)	Sin cargo
D7881	Ajuste del aparato ortótico oclusal	\$15
D7963	Frenuloplastia	\$45
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía): procedimiento separado	\$45
D7971	Extirpación de gingiva pericoronaria	\$60
ORTODONCIA		
D8050	Tratamiento interceptivo de ortodoncia para la dentición primaria	\$725
D8060	Tratamiento interceptivo de ortodoncia para la dentición de transición	\$725
D8070	Tratamiento integral de ortodoncia para la dentición de transición	\$1,950
D8080	Tratamiento integral de ortodoncia para la dentición de adolescentes	\$1,950
D8090	Tratamiento integral de ortodoncia para la dentición de adultos	\$2,250

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D8660	Visita para tratamiento antes de la ortodoncia	Sin cargo
D8670	Visita para tratamiento de ortodoncia periodontal (como parte del contrato)	Sin cargo
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	\$250
D8681	Ajuste del retenedor de ortodoncia extraíble	Sin cargo
D8693	Resellado, recementación o reparación de los retenedores fijos, según sea necesario	Sin cargo
D8999	Honorario inicial (incluido el examen, los registros iniciales, los rayos X, los trazados, las fotografías y los modelos), construcción y colocación de retenedores	\$250
D8999	Registros postratamiento	\$150
D8999	Honorario de ortodoncia mensual (para un tratamiento integral luego de los 24 meses)	\$35
COMPLEMENTARIO		
D9120	Seccionamiento de la dentadura postiza parcial fija	Sin cargo
D9210	Anestesia local no administrada conjuntamente con procedimientos quirúrgicos	Sin cargo
D9211	Anestesia de bloqueo local	Sin cargo
D9215	Anestesia local	Sin cargo
D9219	Evaluación para sedación profunda o anestesia general	Sin cargo
D9220	Sedación profunda/anestesia general: primeros 30 minutos	\$125
D9221	Sedación profunda/anestesia general: cada 15 minutos adicionales	\$60
D9223	Sedación profunda/anestesia general: incremento cada 15 minutos	\$60
D9241	Sedación consciente intravenosa/analgesia: primeros 30 minutos	\$125
D9242	Sedación consciente intravenosa/analgesia: cada 15 minutos adicionales	\$60
D9243	Sedación (consciente) moderada intravenosa/analgesia: incremento cada 15 minutos	\$60
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	Sin cargo
D9311	Consulta con un profesional de la salud	\$0
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario de atención): sin la prestación de otros servicios	Sin cargo
D9440	Visita al consultorio: después del horario de atención	\$20
D9630	Otros fármacos o medicamentos, mediante informe	\$15
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$15
D9940	Protector oclusal, mediante informe	\$100
D9942	Reparación o reajuste del protector oclusal	\$45
D9943	Ajuste oclusal	\$15

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Sin cargo
D9952	Ajuste oclusal: completo	\$75
D9999	Transferencia de registro: transferencia de todos los materiales con o sin rayos X	\$15
MEJORAS DEL MATERIAL PARA SERVICIOS DENTALES NO ELECTIVOS (LOS COSTOS QUE SE REFLEJAN A CONTINUACIÓN SON ADICIONALES AL COPAGO POR SERVICIOS)		
D2750	Porcelana en molares ²	\$75
D2999	Metal noble o muy noble para coronas: costo de laboratorio ²	Costo de laboratorio
D2740	Corona prensada reforzada con leucita/Empress ²	\$300 + copago
D2750	Corona reforzada con compuesto de oro/Captek ²	\$300 + copago
D5110	Comfort Flex (dentadura postiza superior completa) homopolímero de resina acetil ²	\$400 + copago
D5120	Comfort Flex (dentadura postiza inferior completa) homopolímero de resina acetil ²	\$400 + copago
D5211	Comfort Flex (dentadura postiza superior parcial) homopolímero de resina acetil ²	\$425 + copago
D5212	Comfort Flex (dentadura postiza inferior parcial) homopolímero de resina acetil ²	\$425 + copago
SERVICIOS DENTALES COSMÉTICOS (SERVICIOS ELECTIVOS)		
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	\$80
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores	\$95
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores	\$105
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies o que involucre un ángulo incisivo (anterior)	\$125
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	\$85
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores	\$100
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores	\$110
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores	\$130
D2740	Corona prensada reforzada con leucita/Empress	\$700
D2962	Funda labial/laminado de porcelana	\$450
D5110	Comfort Flex (dentadura postiza superior completa) homopolímero de resina acetil	\$650
D5120	Comfort Flex (dentadura postiza inferior completa) homopolímero de resina acetil	\$650
D5211	Comfort Flex (dentadura postiza superior parcial) homopolímero de resina acetil	\$725

² Además del copago por servicios.

CÓDIGO	SERVICIO	USTED PAGA
D5212	Comfort Flex (dentadura postiza inferior parcial) homopolímero de resina acetal	\$725
D9772	Blanqueo externo: por arco	\$125
ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA (NO DE RUTINA, NO CUBIERTA POR MEDICARE)		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales: procedimiento menor	Sin cargo

Cómo presentar un reclamo por servicios de atención dental

En la mayoría de los casos, su dentista general de atención primaria presentará sus reclamos ante Health Net Dental. Para presentar un reclamo, envíenos una carta o complete un formulario de reclamos de Health Net Dental. Si necesita un formulario de reclamo, visite el sitio web <https://ca.healthnetadvantage.com> o comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental al **1-866-249-2382 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, excepto los días feriados. Los servicios de intérprete se encuentran disponibles llamando al Departamento de Servicios al Afiliado. También podrá obtener un formulario de reclamos en el sitio web de Health Net Dental, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Adjunte su factura detallada al formulario de reclamo o a la carta. Envíe por correo la factura detallada, el formulario de reclamo completo o la carta a la siguiente dirección:

Health Net Dental
P.O. Box 30567
Salt Lake City, UT 84130-0567

Le enviaremos por correo la notificación de nuestra determinación con respecto a su reclamo en un plazo de 72 horas a partir de la recepción del reclamo. Si le corresponde un reembolso, le enviaremos por correo el cheque en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su reclamo.

Reembolso para atención dental de emergencia

Si usted consulta a un dentista que no es su dentista general de atención primaria para obtener servicios de atención dental de emergencia o de urgencia, el dentista puede exigir el pago en el momento en que se presta el servicio.

Si usted paga una factura por servicios cubiertos de atención dental de emergencia o de urgencia, debe enviar una copia de la factura pagada y del comprobante de pago a la siguiente dirección:

Health Net Dental
P.O. Box 30567
Salt Lake City, UT 84130-0567

Todos estos reclamos deben enviarse a Health Net Dental para que sean considerados para el pago. Incluya el formulario de reclamos completado por el dentista o una hoja de papel, si no tiene un formulario disponible, que incluya la siguiente información:

- Nombre, dirección, número de identificación y número de grupo de su tarjeta de identificación.
- Nombre y dirección del dentista que prestó el servicio (a menos que esté detallado en la factura).
- Una explicación de la afección que hizo que el tratamiento de emergencia o de urgencia fuera necesario.
- Un recibo detallado que especifique los servicios cubiertos brindados.

Si se necesita información adicional, se le informará por escrito. Si se deniega la totalidad o una parte del reclamo, recibirá un aviso por escrito sobre la decisión, dentro de los 30 días, que incluirá lo siguiente:

- El motivo de la denegación.
- Referencia a las disposiciones pertinentes de la *Evidencia de Cobertura* en las que se basa la denegación.
- Aviso del derecho a solicitar una reconsideración de la denegación y una explicación del proceso de apelación.

Si recibe atención dental de emergencia de parte de un dentista que no es su dentista general de atención primaria, debe volver a este último para la atención de seguimiento.

Servicios de atención dental de emergencia o de urgencia que no califican

Los servicios de atención dental de emergencia o de urgencia no incluyen lo siguiente:

- Servicios de diagnóstico normal y preventivos.
- Servicios de restauración permanente y de prótesis.
- Servicios completos de endodoncia.
- Servicios completos de periodoncia.
- Servicios de ortodoncia.
- Cirugía oral para afecciones que no son graves.
- Otros servicios que no son necesarios para la atención dental de emergencia.

¿TIENE PREGUNTAS?

Para obtener información actualizada sobre los dentistas generales de atención primaria o una autorización para recibir servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Dental al **1-866-249-2382 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, excepto los días feriados. Los servicios de intérprete se encuentran disponibles llamando al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede visitar el sitio web de Health Net Dental, <https://ca.healthnetadvantage.com>, para obtener una lista de los proveedores participantes de Health Net Dental que se encuentran en su área.

Los beneficios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar quejas.

Lentes y accesorios

Puede obtener un examen de la vista anual con su beneficio médico básico a través del grupo médico contratado por su plan. Además del examen de la vista anual de rutina y de los exámenes de la vista cubiertos por Medicare (para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista), ofrecemos cobertura para sus lentes y accesorios. El plan Health Net Vision es suministrado por EyeMed Vision Care, LLC. EyeMed le pagará a su proveedor su parte de la factura por cualquier servicio cubierto que se considere médicamente necesario y le informará cuánto es lo que usted debe pagar a su proveedor, si es que debe pagar algo.

Cómo utilizar el plan

- Haga los arreglos para su examen de la vista anual de rutina a través de su grupo médico contratado o de su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP). Para obtener una remisión a un especialista (oftalmólogo u optometrista), comuníquese directamente con su PCP. No se cubrirá la atención de la vista proporcionada por alguien que no sea un optometrista o un oftalmólogo contratado por un plan.
- Hágase el examen de la vista y, si necesita anteojos o lentes de contacto, se hará una receta médica por escrito. Puede comprar sus lentes y accesorios de una lista de proveedores de lentes y accesorios participantes de Health Net Vision en California. Tenga en cuenta que el especialista autorizado para realizarle el examen de la vista puede no ser un proveedor contratado por Health Net Vision. Los lentes y accesorios proporcionados por proveedores que no son proveedores de lentes y accesorios participantes de Health Net Vision no están cubiertos. Para obtener más información o si desea una lista de los proveedores de lentes y accesorios participantes en California, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Vision al **1-866-392-6058** (TTY: 711 para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a sábado de 4:30 a. m. a 8:00 p. m.; y los domingos de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los principales días feriados. También puede visitar nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.
- El pago por los lentes y accesorios con receta médica que reciba de un proveedor de lentes y accesorios participante de Health Net Vision se hará directamente a dicho proveedor participante de Health Net Vision.

Eso es todo lo que usted debe hacer para obtener sus nuevos anteojos o lentes de contacto. El proveedor participante de Health Net Vision se encargará de toda la documentación y facturación por usted.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de atención de la vista o desea obtener una lista de los proveedores de lentes y accesorios participantes de Health Net Vision, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Vision, al **1-866-392-6058** (TTY: **711** para las personas con dificultades de audición y del habla). El horario normal de atención es de lunes a sábado, de 4:30 a. m. a 8:00 p. m.; y los domingos, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los principales días feriados.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)**Programa para lentes y accesorios**

Beneficios	Costo compartido
<u>Marcos (dos pares cada 24 meses*)</u>	
Marcos (Cualquier marco disponible de un proveedor).	Copago de \$0. Health Net Vision paga los primeros \$500. Usted paga el 80% del saldo restante, si corresponde.
<u>Lentes de anteojos de plástico estándar (dos pares cada 24 meses*)</u>	
Monofocales	Copago de \$0. Health Net Vision realiza el pago completo.
Bifocales	Copago de \$0. Health Net Vision realiza el pago completo.
Trifocales	Copago de \$0. Health Net Vision realiza el pago completo.
Lentes progresivos estándar	Usted paga \$65.
Lentes progresivos de primera calidad	Usted paga \$65, más el 80% del cargo de venta minorista, menos la asignación del plan de \$120.
<u>Lentes de contacto (dos veces cada 24 meses*) en lugar de lentes de anteojos</u>	
(La asignación para lentes de contacto solo incluye los materiales).	
Convencionales	Copago de \$0. Health Net Vision paga los primeros \$500. Usted paga el 85% del saldo restante, si corresponde.
Desechables (Si usa lentes de contacto desechables, debe comprar suficientes pares de este tipo de lentes para alcanzar el monto permitido que se muestra en el “Programa para lentes y accesorios” en una sola visita. Si no utiliza la totalidad del monto permitido durante la compra inicial, el saldo restante no se transferirá).	Copago de \$0. Health Net Vision paga los primeros \$500. Usted paga el 100% del saldo restante, si corresponde.
Médicamente necesarios (convencionales y desechables)**	Copago de \$0. Health Net Vision realiza el pago completo.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

* Los beneficios de años múltiples pueden no estar disponibles en años posteriores.

** Los lentes de contacto se definen como médicamente necesarios si le diagnostican una de las siguientes afecciones:

- Ametrópía alta que excede los -10 D o +10 D en aumentos meridianos.
- Anisometropía de 3 D en aumentos meridianos.
- Queratocono, en casos en los que la vista del afiliado no sea corregible a 20/25 en alguno o en ninguno de los dos ojos con anteojos estándar.
- Mejoramiento de la vista en afiliados cuya vista pueda ser corregida en dos líneas de mejora en el cuadro de agudeza visual, en relación con los anteojos estándar de mejor corrección.

Si le diagnostican una de las afecciones anteriores, el proveedor de Health Net Vision presentará una solicitud de autorización previa a Health Net Vision. El director médico de Health Net Vision revisa todas las solicitudes para lentes de contacto médicamente necesarios. Si se aprueba, se cubrirá la totalidad de los lentes de contacto médicamente necesarios.

Compras adicionales y descuentos de desembolso

Las asignaciones son beneficios que pueden utilizarse por única vez, incluidos los lentes de contacto desechables; no hay saldos restantes. Los materiales extraviados o dañados no están cubiertos.

Usted recibe un 20% de descuento en mejoras para lentes de anteojos. Estas mejoras incluyen tratamiento UV, lentes con matiz (liso o en degradé), protección estándar contra las raspaduras, policarbonato estándar, protección antirreflejos estándar, lentes polarizados y otros accesorios.

Usted recibe un descuento del 20% en los artículos que no están cubiertos por el plan en proveedores de la red, que no se puede combinar con ningún otro descuento ni oferta promocional. El descuento no se aplica a los lentes de contacto o a los servicios profesionales de proveedores de EyeMed. Los precios minoristas pueden variar según el lugar. Los descuentos no se aplican a los beneficios provistos por otros planes de beneficios grupales.

Usted también recibe un descuento del 40% por el total de la compra de un par de anteojos, y un descuento del 15% por lentes de contacto convencionales, después de usar el beneficio financiado. También recibe un descuento del 15% sobre el precio de venta minorista o un descuento del 5% sobre el precio promocional por Lasik o PRK por parte de US Laser Network, que es propiedad de LCA Vision y está administrado por esta. Dado que la corrección de la vista con Lasik o PRK es un procedimiento optativo que realizan proveedores especialmente capacitados, este descuento puede no estar disponible con un proveedor cerca de donde vive.

Para obtener información sobre un proveedor cercano a donde vive y sobre la autorización para el descuento, llame al **1-877-5LASER6**. Después de la compra inicial, puede comprar lentes de contacto de reemplazo por Internet con grandes descuentos y recibirlos directamente por correo. Más información disponible en <https://ca.healthnetadvantage.com>. El beneficio de la asignación por lentes de contacto no se aplica a este servicio.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Exclusiones y limitaciones de lentes y accesorios

La siguiente lista detalla los artículos y servicios que están limitados o no se incluyen dentro de los servicios brindados por Health Net Vision:

- Los exámenes de la vista no están cubiertos conforme a los beneficios de lentes y accesorios. Los exámenes de la vista de rutina están cubiertos como parte del beneficio médico de su plan. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos que aparece anteriormente en este capítulo.
- El ajuste o la entrega de más de dos juegos de marcos y dos pares de lentes de anteojos de plástico estándar o lentes de contacto durante cualquier período de 24 meses no están cubiertos.
- Los lentes que corrigen el defecto de la vista conocido como “aniseiconia” no están cubiertos.
- Los servicios de diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico del ojo, de los ojos o de las estructuras de soporte no están cubiertos. Para los tratamientos quirúrgicos cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo.
- Los servicios o suministros proporcionados por un proveedor que no sea un proveedor de lentes y accesorios participante de Health Net Vision no están cubiertos.
- Los dispositivos para la vista y los anteojos de sol que no requieren receta médica no están cubiertos.
- Los cargos por ajustes y mediciones adicionales o cargos por consultas especiales debido a la compra de marcos opcionales no están cubiertos.
- La ortóptica o los aparatos para el entrenamiento de la vista no están cubiertos.
- Los medicamentos que requieren receta médica o los medicamentos de venta libre para pacientes ambulatorios no están cubiertos como parte de los beneficios de lentes y accesorios. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos que aparece anteriormente en este capítulo, o los Capítulos 5 y 6 para obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios conforme a sus beneficios médicos o de medicamentos que requieren receta médica (Parte D).
- Los aparatos para la vista (que no sean los anteojos ni los lentes de contacto) no están cubiertos.
- Los montos de costo compartido son un beneficio que se utiliza por única vez. Health Net no pagará saldos restantes.
- Los materiales extraviados o dañados no están cubiertos, excepto en el siguiente intervalo de beneficios cuando los materiales se encuentren disponibles.
- Los lentes y accesorios correctivos requeridos por un empleador como condición de empleo, y los lentes y accesorios de seguridad, a menos que estén específicamente cubiertos por el plan.
- Dos pares de anteojos en vez de bifocales.
- Los servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupal que brinde atención de la vista.
- Los servicios prestados después de que termina su cobertura, excepto cuando se entregan los materiales que se solicitaron antes de que termine su cobertura, y usted recibe los servicios en el plazo de los 31 días a partir de la fecha de la solicitud.
- Los servicios proporcionados como resultado de cualquier ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental federal, estatal o por las subdivisiones de estos.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

- Los descuentos u ofertas promocionales no se aplican a los beneficios proporcionados por otros planes de beneficios. Si se acepta un descuento u oferta promocional, los beneficios del plan no se aplican durante el período de beneficios. Las asignaciones son beneficios que pueden utilizarse por única vez, incluidos los lentes de contacto desechables; no hay saldos restantes.

RESPONSABILIDAD DEL PAGO

Usted será responsable del costo de todos los servicios de la vista que reciba de un proveedor no participante de Health Net Vision, al igual que de todos los cargos por los servicios que reciba de proveedores participantes de Health Net Vision que excedan los beneficios que se indican en su *Evidencia de Cobertura*.

¿TIENE PREGUNTAS?

Para obtener información actualizada sobre proveedores, para obtener autorización para recibir un servicio o si tiene alguna pregunta en cuanto a reclamos sobre los servicios de atención de la vista, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Vision al **1-866-392-6058** (TTY: **711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a sábado, de 4:30 a. m. a 8:00 p. m.; y los domingos, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los principales días feriados. O visite el sitio web de Health Net Vision, <https://ca.healthnetadvantage.com>, para obtener una lista de los proveedores participantes de Health Net Vision que se encuentran en su área.

Los beneficios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar quejas.

Audífonos

Nuestro plan cubre audífonos provistos por Hearing Care Solutions, Inc. Los audífonos están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios, según una prueba auditiva.

¿Qué está cubierto?

- Copago de \$0 por prueba auditiva anual a través de Hearing Care Solutions, Inc.
- Beneficio máximo de \$1,000 para un audífono por oído o beneficio máximo de \$2,000 para dos audífonos (para ambos oídos combinados) cada tres años (todos los tamaños y estilos) a un nivel de tecnología **digital superior**³. El beneficio máximo cubre completamente el costo de sus audífonos. No tendrá costos de desembolso compartidos.
- Copago de \$0 por examen de ajuste de audífonos.
- Garantía de tres años del fabricante sobre los audífonos, incluida la cobertura por pérdida y daño del audífono.
- Suministro de baterías por dos años (hasta 128 células).

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

- Período de prueba de 60 días.
- Servicios de rutina en el consultorio con el proveedor original por un año sin costo adicional. Usted es responsable del costo de los servicios de rutina en el consultorio recibidos después del primer año. Esto incluye lo siguiente:
 - Visitas al consultorio.
 - Orientación sobre cómo adaptarse al audífono.
 - Reprogramación.
 - Reparaciones (en el consultorio).
 - Cambios de tubo.
 - Controles del instrumento.
 - Limpieza.
 - Reemplazo de compuerta de la batería.

³ Los beneficios de años múltiples pueden no estar disponibles en años posteriores.

Cómo programar una cita

Las citas deben hacerse directamente con Hearing Care Solutions. Para encontrar una sucursal de Hearing Care Solutions cercana y para programar una cita con un proveedor de Hearing Care Solutions, llame al **1-866-344-7756 (TTY: 711** para las personas con dificultades de audición y del habla) de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los principales días feriados, e informe que usted es afiliado a Health Net. Hearing Care Solutions le enviará una guía para pacientes antes de su cita con información detallada sobre pérdida de audición, audífonos y qué debe esperar durante su primera cita.

Exclusiones y limitaciones

1. No más de un par de audífonos durante un período de tres años.
2. El beneficio máximo se limita a \$2,000 por dos audífonos para ambos oídos combinados o a \$1,000 por un audífono cada tres años.
3. No se cubren los niveles de tecnología que no sean los especificados en esta *Evidencia de Cobertura*.
4. No se cubren los servicios o suministros provistos por un proveedor que no sea Hearing Care Solutions.
5. La garantía del fabricante para audífonos se limita a una sustitución por única vez y está sujeta a los cargos deducibles del fabricante, según el nivel de tecnología del instrumento, y no superará los \$315.
6. Los servicios de rutina en el consultorio con el proveedor original están cubiertos sin costo durante el primer año únicamente. Usted será responsable del costo de los servicios en el consultorio después del primer año.
7. De ser necesario, los moldes auditivos estándares tendrán un cargo del proveedor por separado de \$60 por molde.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios de transporte (que no son de emergencia)

Este plan cubre servicios de transporte que no son de emergencia sin cargo para usted. El transporte que no es de emergencia es cualquier modo de transporte, además de una ambulancia, que se usa para transportar a un paciente a un hospital u otro centro de tratamiento. Los modos alternativos de transporte médico disponibles a través de este plan pueden incluir, entre otros, taxi, vehículo de pasajeros estándar o *minivan*. Los vehículos tendrán marcas externas que los identificarán como proveedor de transporte. Los servicios de transporte ofrecidos por el Departamento de Transporte de Health Net están administrados por LogistiCare Solutions.

¿Qué está cubierto?

El transporte hacia y desde citas médicas para recibir beneficios cubiertos que sean médicamente necesarios y sean prestados por proveedores y centros contratados del plan (incluidos los centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra) o autorizados por Health Net. Si necesita parar en una farmacia, en el centro de un proveedor de servicios de radiología o en un laboratorio durante el mismo viaje, esto no se contará como un viaje extra. También puede llevar a 1 familiar adulto o cuidador en el mismo transporte (no contará como un viaje extra). No hay límite de millas para llegar a ubicaciones aprobadas por el plan. Es posible que comparta un viaje con otros pasajeros que tengan una cita a una hora o lugar similares. Se ofrecen los siguientes tipos de servicios según sus necesidades:

Acera a acera: lo recogen y lo dejan en la acera o en la entrada frente a su casa o en otro lugar. El conductor no lo ayudará a ingresar en su hogar o en otro destino ni a subir escaleras.

Puerta a puerta: incluye asistencia entre el vehículo y la puerta de su hogar u otro destino. El conductor proporcionará asistencia desde la puerta principal del edificio de destino y, además, lo ayudará en el vehículo. El conductor no hará de acompañante para quedarse con usted, en caso de que usted necesite asistencia o apoyo. Tampoco se espera que el conductor lo ayude a ingresar en un centro cuando lleguen a la parada de destino.

Órdenes permanentes: se aplican cuando usted necesita transporte 3 o más veces a la semana, durante 90 días o más, para uno de los siguientes servicios: diálisis, quimioterapia, radioterapia, cuidado de heridas, terapia de rehabilitación o cualquier tipo de terapia continua (por ejemplo, fisioterapia).

Todos los servicios de transporte, incluidas las órdenes permanentes, están sujetos a la verificación de elegibilidad y a la confirmación del beneficio, incluido cualquier límite de viajes (si corresponde) para este plan.

El Departamento de Transporte de Health Net llamará al centro de destino para verificar la cita y confirmar que sea un destino cubierto.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Cómo programar su transporte o confirmar el estado o el tiempo de viaje estimado

Programar su transporte o confirmar el estado o el tiempo de viaje estimado es fácil; simplemente, llame al número de teléfono que corresponda indicado más adelante. El Departamento de Transporte de Health Net determina el proveedor de transporte que se usará según la naturaleza de la cita, cuándo se programó el servicio médico y de acuerdo con la disponibilidad de recursos de transporte. Los proveedores de transporte pueden variar y no pueden garantizarse.

Un administrador de casos o un centro pueden llamar para programar el transporte en su nombre. Se encuentran disponibles servicios bilingües. Tenga en cuenta los requisitos de notificación por adelantado, como se indica más adelante.

Requisitos de notificación por adelantado y números de teléfono

Los servicios de automóvil, taxi y *van* deben programarse por lo menos **48 horas antes** del día que necesita que lo recojan, sin contar fines de semana.

Los servicios para sillas de ruedas deben programarse por lo menos **72 horas antes** del día que necesita que lo recojan, sin contar fines de semana.

Si necesita programar servicios con poca anticipación, se considerarán estas solicitudes caso por caso. Además, la solicitud dependerá de la naturaleza de la cita, de cuándo se programó la cita para recibir servicios médicos y de la disponibilidad de recursos de transporte.

Para solicitar el servicio de transporte, comuníquese al 1-866-779-5165 (TTY para personas con dificultades de audición: 1-866-288-3133) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar del Pacífico, excepto los principales días feriados.

Para controlar el estado o confirmar el tiempo de viaje estimado, llame a Where's My Ride: 1-866-779-5229 (TTY para personas con dificultades de audición: 1-866-288-3133), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Qué debe hacer

Esté listo a la hora programada cuando se hizo la reserva. Su proveedor de transporte tendrá un margen de treinta minutos para llegar.

Qué puede esperar de su proveedor de transporte

Se exige a los proveedores de transporte que esperen hasta 20 minutos a partir de la hora programada para buscarlo. Si han pasado más de 20 minutos, el proveedor de transporte puede informarle que tiene que recoger a otras personas y que no puede esperarlo.

El proveedor de transporte llegará al lugar de la cita entre 15 minutos y 1 hora a partir de la hora a la que el afiliado llamó para que lo recojan.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

El proveedor de transporte puede renegociar la hora a la que lo buscará si tiene que recoger a otros pasajeros o bajo ciertas condiciones climáticas. El proveedor de transporte no puede renegociar una hora que haría que usted llegara tarde a su cita.

Qué no está cubierto (exclusiones)

1. Los servicios que superen la cantidad de viajes cubiertos para su plan.
2. Los servicios para los que usted no es elegible en el momento de recibirlos (sin importar si el traslado fue programado con anticipación).
3. El transporte a lugares que no están aprobados o no están relacionados con cuestiones médicas (supermercado, peluquería, gimnasio, centro de acondicionamiento físico, etc.).
4. Los conductores no tienen permitido hacer nada de lo siguiente:
 - Ofrecer asistencia dentro del lugar de origen o de destino (también llamado servicio puerta a puerta).
 - Ingresar en su hogar por alguna razón.
 - Recibir propinas.
 - Dejarlo en otro lugar, por ejemplo, en un supermercado o en la casa de un amigo.
 - Mover sillas de ruedas por más de 4 escalones.

El programa Silver&Fit®

El programa Silver&Fit es un programa de ejercicio y salud para los adultos mayores que ofrece la inscripción, sin cargo, en un centro de acondicionamiento físico de Silver&Fit participante, o la inscripción en un Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar de Silver&Fit para afiliados que no pueden ir a un centro de acondicionamiento físico o prefieren hacer ejercicios en el hogar. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated. No hay copagos, coseguros ni deducibles por participar en el programa Silver&Fit.

Antes de participar en un programa de ejercicios o de control de peso, es importante que usted busque el asesoramiento de un médico u otro profesional de la salud calificado.

¿Cómo me inscribo?

Simplemente, elija un centro de acondicionamiento físico participante en línea, en SilverandFit.com, o llame al Servicio de Atención al Cliente de Silver&Fit, al 1-888-797-7757 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días feriados, para elegir un centro de acondicionamiento físico. Una vez que haya elegido uno, lleve su tarjeta de acondicionamiento físico, ubicada en el folleto de inscripción, al centro que eligió. Es posible que deba firmar un contrato de inscripción con dicho centro. El contrato de inscripción, que deberá firmar en el centro de acondicionamiento físico, es por una inscripción estándar en un centro de acondicionamiento físico sin cargo, que incluye los servicios cubiertos disponibles a través del programa, descrito a continuación. Si elige acceder a los servicios del centro de acondicionamiento físico disponibles por un cargo adicional, es posible que el contrato refleje costos asociados a aquellos servicios que no están incluidos en el programa Silver&Fit.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Si desea inscribirse en el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar Silver&Fit, puede hacerlo en línea, en www.SilverandFit.com, o llamar al Servicio de Atención al Cliente de Silver&Fit, al 1-888-797-7757 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días feriados.

Explicación de los servicios cubiertos (por ejemplo, qué es una inscripción estándar en un centro de acondicionamiento físico)**Clubes de acondicionamiento físico**

La inscripción estándar en el club de acondicionamiento físico a través del programa Silver&Fit comprende todos los servicios incluidos en su inscripción, como los siguientes:

- Equipo cardiovascular.
- Equipo de entrenamiento de resistencia o de peso libre.
- Clases de ejercicios grupales, si están disponibles.
- Saunas, salas de vapor, piscinas e hidromasajes, entre otros servicios, cuando estén disponibles.

No incluye servicios del club de acondicionamiento físico que no sean estándar, ya que estos requieren un cargo adicional.

Centros de ejercicios

Por lo general, la inscripción estándar en el centro de ejercicios del programa Silver&Fit comprende clases de entrenamiento cardiovascular, de fuerza o de flexibilidad, según lo que esté disponible en el centro de ejercicios. Los centros de ejercicios pueden incluir centros de Pilates y estudios de yoga, entre otros.

Explicación de los servicios cubiertos (por ejemplo, qué es el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar de Silver&Fit)

Si durante la inscripción usted elige participar en el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar de Silver&Fit, puede optar por recibir hasta dos de los siguientes kits por año de beneficios:

- Kit para fuerza cardiovascular.
- Kit para caminatas (instrucciones del programa de caminatas y podómetro).
- Kit para yoga.
- Kit para taichí (nivel principiante).
- Kit para equilibrio de taichí (nivel intermedio).
- Kit para Pilates con silla.
- Kit para ejercicios acuáticos.
- Kit para el manejo del estrés.
- Kit para baile con silla.
- Kit para entrenamiento de boxeo con silla.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

- Kit para ejercicios con banda de resistencia y silla.
- Kit para taichí con silla.
- Kit para gimnasia aeróbica con silla.
- Kit para yoga con silla.
- Kit de ejercicios para personas postradas en cama.
- Clases Signature Series: Explore.
- Clases Signature Series: Experience.
- Clases Signature Series: Excel.
- Acondicionamiento físico con barra de *ballet*.
- Acondicionamiento físico con barra de *ballet* (todos los niveles).
- Programa de acondicionamiento físico Chair Dancing Celebration.
- Ejercicios para personas con diabetes.

Los kits para el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar de Silver&Fit pueden incluir lo siguiente:

- Un DVD.
- Un folleto con información general sobre el tema.
- Una guía rápida de instrucciones para comenzar, que explica cómo comenzar a usar los artículos del kit; esto puede ser parte del folleto o venir por separado.

Servicios ofrecidos a través de la línea directa de Servicio al Cliente

Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Silver&Fit, al 1-888-797-7757 o a la línea TTY 711, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días feriados, para obtener información sobre cualquiera de los siguientes temas:

- Búsqueda de centros de acondicionamiento físico.
- Inscripción.
- Diseño del programa.
- Elegibilidad.
- Cambio de centro de acondicionamiento físico.
- Designación de un centro de acondicionamiento físico.

Sitio web de Silver&Fit

Como afiliado elegible de Silver&Fit, usted tiene acceso al sitio web de Silver&Fit, www.SilverandFit.com, que es un recurso valioso para usted. Usted podrá hacer lo siguiente:

- Buscar centros de acondicionamiento físico.
- Acceder a clases de salud para adultos mayores, que lo ayudarán a tomar mejores decisiones de salud.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

- Utilizar el programa Silver&Fit Connected!TM, una manera divertida y fácil de registrar sus ejercicios en el centro de acondicionamiento físico o a través de un dispositivo, aplicación o equipo de acondicionamiento físico que pueda llevar con usted, y ganar recompensas*.
- Acceder al boletín *The Silver Slate*[®].
- Acceder a otras herramientas del sitio, como desafíos, clases en línea y más.

Exclusiones y limitaciones

No se ofrecen los siguientes servicios:

- Servicios o suministros proporcionados por cualquier persona, compañía o centro de acondicionamiento físico que no sea un centro de acondicionamiento físico participante de Silver&Fit.
- Todos los materiales educativos que no sean los producidos por American Specialty Health Incorporated para Silver&Fit.
- Dispositivos de telecomunicaciones, amplificadores de auriculares de teléfono, grabadoras de televisión y teléfonos compatibles con audífonos.
- Servicios de programas de educación para personas que no sean afiliadas.
- Medicamentos que requieren receta médica, productos de venta libre, suplementos dietéticos, suplementos a base de hierbas, vitaminas, minerales, productos para el control de peso, bebidas o polvos para reemplazar una comida, o cualquier otro tipo de alimento o producto alimenticio, sean o no recomendados, recetados o suministrados por un proveedor de atención de salud, centro de acondicionamiento físico o programa.
- Todos los dispositivos de audio, incluidas, entre otras, cintas de audio y reproductores de CD.
- Servicios para los afiliados con enfermedades graves para quienes los servicios de Silver&Fit no son adecuados.
- La compra de una aplicación o un dispositivo de acondicionamiento físico que pueda llevar con usted no está incluida.

Los beneficios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar quejas.

* La compra de una aplicación, un dispositivo o un equipo de acondicionamiento físico que pueda llevar con usted no está incluida. Las recompensas están sujetas a modificaciones.

El programa Silver&Fit, Silver&Fit Connected! y The Silver Slate son marcas comerciales de American Specialty Health Incorporated y se utilizan con permiso en este documento.

Decision Power[®]: Salud y Bienestar

Un puente hacia acciones saludables

Un puente hacia acciones saludables

Usted tiene acceso a Decision Power[®]: Salud y Bienestar de Health Net, nuestro programa de salud y bienestar integrado que acorta la distancia entre saber cómo alcanzar una mejor salud y obtener el apoyo y la confianza para hacerlo.

Ya sea que se enfoque en mantenerse en forma, controlar el dolor de espalda o enfrentar un diagnóstico grave, Decision Power puede ayudarlos a usted y a su médico a tomar las decisiones correctas sobre la salud y los tratamientos.

Decision Power[®] está aquí para ayudarlo a lograr sus objetivos de salud y bienestar

El servicio es personalizado, a fin de que los cambios sean duraderos.

El camino hacia una mejor salud y bienestar a través de Decision Power comienza en línea, con nuestros programas y herramientas dirigidos por el paciente. A través de recursos como nuestro cuestionario de riesgo de salud, usted puede controlar mejor su salud y adoptar hábitos saludables.

Programas para la promoción de la salud

¿Desearía contar con una forma más flexible para mejorar la salud y el bienestar a su manera? Nuestros programas para la promoción de la salud de Decision Power ofrecen una manera de alcanzar y mantener sus objetivos de salud que usted mismo puede dirigir en línea. Estos programas están disponibles en línea, de modo que usted podrá tomar medidas para realizar cambios positivos y duraderos cuando y donde lo considere más conveniente. Los temas incluyen la pérdida de peso, el alivio del estrés y la dieta saludable.

Asesoramiento sobre salud y bienestar

El apoyo telefónico personalizado está disponible a través de nuestro asesoramiento sobre salud y bienestar, que le brinda acceso a un educador de la salud para ayudarlo a alcanzar sus objetivos y mantener los cambios de comportamiento positivos.

Dejar de fumar

El programa para dejar de fumar cubre cualquier tipo de tabaco, le permite hablar con un asesor que le dará apoyo y lo alentará, y le ofrece un plan personalizado para abandonar el hábito de fumar.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

A continuación, puede ver algunos aspectos de lo que obtendrá:

- Evaluación en profundidad y planes para dejar de fumar personalizados, junto con recomendaciones para la administración de medicamentos.
- Llamadas de orientación personalizada y proactiva, además de llamadas ilimitadas al personal clínico de nuestro programa.

Para obtener más información sobre estos servicios, puede iniciar sesión en nuestro Centro de Bienestar, en <https://ca.healthnetadvantage.com>, para comenzar.

Herramientas valiosas que ponen información médica a su alcance**Línea de Consultas con Enfermeras**

El servicio gratuito de consultas telefónicas de enfermería, a cargo de personal clínico capacitado, está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La Línea de Consultas con Enfermeras de Health Net ofrece apoyo, en tiempo real, para ayudar al afiliado a decidir el nivel de atención que necesita en el momento. Los afiliados pueden acceder a la Línea de Consultas con Enfermeras llamando al 1-800-893-5597 (TTY: 711).

Healthy Discounts

Sabemos que una vida saludable va más allá de sus beneficios médicos cubiertos. Con ese objetivo, hemos desarrollado el programa Healthy Discounts de Decision Power, un programa de descuentos que le ofrece valiosas rebajas en servicios y productos relacionados con la salud.

Decision Power: utilícelo cuando sea y tanto como lo desee. Porque cuando se trata de su salud, hay más de una respuesta correcta.

¡Pruébelo hoy mismo! Inicie sesión en <https://ca.healthnetadvantage.com> o llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net, para obtener más información o conectarse con los servicios de consultas con enfermeras.

SECCIÓN 3 ¿Qué tipos de servicios están cubiertos fuera del plan?

Sección 3.1 Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid.

Los servicios de cuidado de enfermos terminales cubiertos por Medicare están cubiertos fuera del plan. Para obtener más información, consulte “Cuidado de enfermos terminales” en la Tabla de Beneficios (consulte la Sección 2.1 que figura más arriba).

Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el *Resumen de Beneficios* del plan. Si no recibió un *Resumen de Beneficios*, llame al Departamento de Servicios

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) y solicite que le envíen una copia.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 4.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan (exclusiones)**

Esta sección le brinda información sobre qué servicios están excluidos. Excluido significa que el plan no cubre dichos servicios. En algunos casos, Medicaid cubre artículos o servicios que están excluidos por Medicare. Para obtener más información sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede consultar el *Resumen de Beneficios* del plan para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos por Medicaid y por nuestro plan. Si no la recibió, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en condiciones específicas.

Nosotros no pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla a continuación, salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. La única excepción: nosotros pagaremos si se determina, mediante una apelación, que un servicio de la tabla a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, de este cuadernillo).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la tabla a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.	✓	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original establecen que no son, generalmente, aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Medicare Original conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Habitación privada en un hospital.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierta solo cuando es médicamente necesaria.</p>
<p>Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>	✓	
<p>* El cuidado asistencial es la atención proporcionada en una casa de reposo, en un centro de cuidado de enfermos terminales o en otro centro, cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.</p>	✓	
<p>Los servicios de ama en casa incluyen la asistencia básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas ligeras.</p>	✓	
<p>Honorarios cobrados en concepto de atención por familiares directos o que viven con usted.</p>	✓	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación. • Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y para el seno no afectado a fin de producir una apariencia simétrica.
Atención dental que no es de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.</p>
Atención quiropráctica de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones está cubierta.</p>
Comidas enviadas al hogar.	✓	
Zapatos ortopédicos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros aparatos para la vista deficiente.	✓	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	✓	
Acupuntura.	✓	
Servicios de naturoterapeutas (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (por sus siglas en inglés, VA).		✓ Sin embargo, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es más que el costo compartido conforme a nuestro plan, reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Aun así, los afiliados son responsables de nuestros montos de costo compartido.
Tratamiento en un centro de tratamiento residencial.	✓	

* El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere el servicio continuo del personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, la ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

*Uso de la cobertura del plan para sus
medicamentos que requieren receta
médica de la Parte D*

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	185
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D	185
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ..	186
SECCIÓN 2	Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan.....	187
Sección 2.1	Para que se cubra su receta médica, use una farmacia de la red	187
Sección 2.2	Cómo encontrar las farmacias de la red	187
Sección 2.3	Uso de los servicios de compra por correo del plan.....	188
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	189
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?	190
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	190
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	190
Sección 3.2	Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la <i>Lista de Medicamentos</i>	192
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	192
SECCIÓN 4	Hay restricciones a la cobertura de ciertos medicamentos	193
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	193
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	193
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	194
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos como le gustaría que estuvieran?.....	195
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera	195
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> o si el medicamento está restringido de alguna manera?	196
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto?	198

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia su cobertura para alguno de sus medicamentos?	199
Sección 6.1	La <i>Lista de Medicamentos</i> puede cambiar durante el año	199
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma? ..	199
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	201
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	201
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de afiliado al plan al surtir una receta médica	202
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de afiliado	202
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de afiliado con usted?	202
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	203
Sección 9.1	¿Qué sucede si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan?	203
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo?	203
Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal del empleador o de jubilados?	204
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare?	205
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos	205
Sección 10.1	Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura	205
Sección 10.2	Programa de Administración de Terapia con Medicamentos para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	206



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

La mayoría de nuestros afiliados reúnen los requisitos y reciben la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de los medicamentos que requieren receta médica. Si usted forma parte del programa de “Ayuda Adicional”, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D* no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte aparte denominado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica” (también denominada “Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo” o “Cláusula Adicional LIS”), que le brinda información sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** El capítulo siguiente le informa lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, nuestro plan también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan suele cubrir medicamentos que le administran durante internaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan cubre ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que le administran en un centro de diálisis, entre otros. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*) le informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una internación cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializada, como también sobre sus beneficios y costos de medicamentos de la Parte B.

Si usted se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos. Nuestro plan cubre, únicamente, servicios y medicamentos de Medicare Partes A, B y D que no estén relacionados con su enfermedad terminal, o con afecciones asociadas a esa enfermedad, que no están cubiertos conforme al beneficio de centros de cuidado de enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare?*). Si desea información sobre la cobertura de un centro de cuidado de enfermos terminales, consulte la sección sobre centros de cuidado de enfermos terminales del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*).

Las siguientes secciones le informan sobre la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Medicare Original.

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

En general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con estas reglas básicas:

- Usted debe solicitar a un proveedor (un médico, dentista u otra persona que recete) que escriba su receta médica.
- La persona que receta debe aceptar Medicare o presentar la documentación que demuestre que está calificada para escribir recetas médicas ante los CMS. Si no lo hace, su reclamo de la Parte D será rechazado. La próxima vez, debe preguntarle a la persona que receta si cumple con esta condición. En caso contrario, tenga en cuenta que a la persona que receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan*).
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan

Sección 2.1	Para que se cubra su receta médica, use una farmacia de la red
--------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proveer sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D que están cubiertos en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Sección 2.2	Cómo encontrar las farmacias de la red
--------------------	-----------------------------------------------

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (<https://ca.healthnetadvantage.com>) o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita repetir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta médica nueva o que su receta médica se transfiera a su farmacia nueva de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o puede usar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo. Habitualmente, un centro de atención a largo plazo (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba sus beneficios de la Parte D normalmente a través de nuestra red de farmacias de medicamentos a largo plazo. En general, se trata de la farmacia que utiliza el centro. Si tiene algún problema para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) a ciertos lugares, o que requieren capacitación sobre su uso, coordinación con el proveedor o un manejo especial. (Nota: Esta situación se produce rara vez).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados como **medicamentos de compra por correo** en la *Lista de Medicamentos*.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite comprar **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de compra por correo e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web (los números de teléfono y la dirección del sitio web aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

En general, obtendrá una receta médica surtida en una farmacia de compra por correo en no más de 10 días. Si su compra se demora, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Recetas médicas nuevas que el consultorio de su médico envía directamente a la farmacia. Después de recibir la receta médica que envíe el consultorio de su proveedor de atención de salud, la farmacia se pondrá en contacto con usted para determinar si quiere surtir el medicamento inmediatamente o después. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (concentración, cantidad y fórmula) y, en caso de que sea necesario, le permitirá suspender o retrasar el pedido antes de que se lo cobre y se lo envíe. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Repeticiones de recetas médicas de compra por correo. En caso de repeticiones, póngase en contacto con la farmacia 14 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido.

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

El plan ofrece dos maneras para obtener un suministro (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento a largo plazo de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo). Puede solicitar el suministro a través de la compra por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia de venta minorista.

1. **Algunas farmacias de venta minorista** de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su *Directorio de Farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de compra por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados como **medicamentos de compra por correo (por sus siglas en inglés, MO)** en la *Lista de Medicamentos*. El servicio de compra por correo del plan requiere que compre un suministro del medicamento para un período de 30 días *como mínimo* y de 90 días *como máximo*. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de compra por correo. El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite comprar un suministro para un período de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de compra por correo.

Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------

Su medicamento que requiere receta médica puede estar cubierto en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en donde usted puede surtir sus recetas médicas como afiliado a nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se presentan las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- No hay una farmacia de la red que se encuentre cerca de usted y esté abierta.
- Necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red que se encuentra cerca de usted.
- Necesita un medicamento en caso de emergencia o atención médica de urgencia.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En estas situaciones, **consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que usted tenga que 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 de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) cuando surta su receta médica. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1, explica cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 **Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de Medicamentos” del plan**

Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le informa qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar.

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

La *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Parte D (más arriba en este capítulo, Sección 1.1, se detallan los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos por los beneficios de Medicaid. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para conocer acerca de la cobertura de medicamentos de Medicaid. (La información de contacto del Departamento de Servicios al Afiliado aparece en la contraportada de este cuadernillo).

Cubriremos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo, y siempre que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento, que cumple con *cualquiera* de los siguientes requisitos:

- Está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó el medicamento para que sea utilizado en el diagnóstico o la afección para los que fue recetado).
- *O bien* está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son *American Hospital Formulary Service Drug Information* (Información sobre medicamentos del servicio americano de medicamentos del formulario hospitalario), *DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX) y USPDI o la versión que lo actualice; para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology* (Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica) o las versiones que los actualicen).

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

Un medicamento genérico es un medicamento que requiere receta médica que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, tiene la misma eficacia que el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos disponibles que sustituyen muchos medicamentos de marca.

¿Qué es lo que *no se incluye* en la *Lista de Medicamentos*?

El plan no cubre todos los medicamentos que requieren receta médica.

- En algunos casos, las leyes no permiten 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 un medicamento en particular en nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por Medicaid no están incluidos en la *Lista de Medicamentos*. Para obtener información acerca de los medicamentos que requieren receta médica y están cubiertos por Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 3.2 Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento:

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. Los medicamentos de marca de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.
- El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 5 (nivel de especialidades) incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.
- El nivel 6 (determinados medicamentos) incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca para tratar enfermedades crónicas específicas.

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

El monto que usted paga por medicamentos de cada nivel de costo compartido figura en el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*).

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

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Revise la *Lista de Medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (<https://ca.healthnetadvantage.com>). La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.

3. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento en particular está en la *Lista de Medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Hay restricciones a la cobertura de ciertos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos que requieren receta médica, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros afiliados a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de medicamentos para hacer más accesible la cobertura.

En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad, y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia, desde el punto de vista médico, que un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar la opción de costo más bajo. También debemos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe alguna restricción para sus medicamentos, en general significa que usted o su proveedor deberán cumplir con ciertos pasos adicionales para que cubramos los medicamentos. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no en anular la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos según factores como la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención de salud (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros afiliados a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Las siguientes secciones le informan más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proveerán la versión genérica.** En general, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma afección serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **“autorización previa”**. A veces, el requisito para obtener la aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero con un medicamento distinto

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede solicitarle que primero pruebe con el medicamento A. Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito, que consiste en probar primero con un medicamento distinto, se denomina **“terapia escalonada”**.

Aplicar límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede tener, poniendo un máximo a la cantidad de medicamento que puede adquirir cada vez que surte una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura para su receta médica a no más de una píldora por día.

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

La *Lista de Medicamentos* del plan incluye información sobre las restricciones descritas previamente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o consulte nuestro sitio web (<https://ca.healthnetadvantage.com>).

Si existe alguna restricción para sus medicamentos, en general significa que usted o su proveedor deberán cumplir con ciertos pasos adicionales para que cubramos los medicamentos. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para informarse sobre lo que deberían hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura de ese medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no en anular la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos como le gustaría que estuvieran?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que un medicamento que requiere receta médica que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no esté en nuestro *Formulario*, o está allí, pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O quizá una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales a la cobertura de dicho medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas o restricciones adicionales para su uso. Por ejemplo, se le puede solicitar que primero pruebe con un medicamento distinto, para ver si será eficaz, antes de que el medicamento que desea tomar esté cubierto para usted. O puede haber límites con respecto a qué cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, usted puede desear que anulemos una restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero lo está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos compartidos sean más altos de lo que considera que deberían ser. El plan ubica a cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles de costo compartido diferentes. Lo que usted pague por su receta médica dependerá, en parte, del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o si su medicamento 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 alto de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> o si el medicamento está restringido de alguna manera?
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si su medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o está restringido, a continuación se detalla qué puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los afiliados en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o presentar una solicitud para que cubramos su medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o cuando está restringido de alguna manera. Esto le permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la *Lista de Medicamentos* del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (la Sección 4 de este capítulo le informa sobre las restricciones).

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

- **Para aquellos afiliados que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y que no se encuentran en un centro de atención a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan, si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario, si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red.

- **Para aquellos afiliados que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y que residen en un centro de atención a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan, si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario, si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro total será para un máximo de 98 días. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 98 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos afiliados que hayan permanecido en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si en la receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro de transición de atención a largo plazo mencionado previamente.

- **Para afiliados actuales al plan que se trasladan de un centro de atención a largo plazo o una hospitalización a su hogar, y necesitan un suministro de transición de sus medicamentos de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 30 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total del medicamento).

- **Para afiliados actuales al plan que se trasladan de su hogar o una hospitalización a un centro de atención a largo plazo, y necesitan un suministro de transición de sus medicamentos de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total del medicamento). Para solicitar un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Durante el tiempo en el que usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando este se le acabe. Podrá cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le informan más sobre estas opciones.

Puede cambiarlo por otro medicamento

Comience hablando con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto cubierto por el plan que pueda tener la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la *Lista de Medicamentos* del plan. O bien puede solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4, indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje a la mayor brevedad y de manera justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, a continuación se detalla qué puede hacer:

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience hablando con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto en un nivel de costo compartido más bajo que pueda tener la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Puede solicitar una excepción

Para los medicamentos del nivel 2, los medicamentos genéricos del nivel 3 y los medicamentos del nivel 4, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento, de manera que usted pague menos por dicho medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4, indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje a la mayor brevedad y de manera justa.

Los medicamentos del nivel 1, los medicamentos de marca del nivel 3 o los medicamentos del nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido de los medicamentos en estos niveles.

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

Sección 6.1 La <i>Lista de Medicamentos</i> puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.** Aparecen medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizá el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado, y nosotros decidimos no cubrirlo. O podemos quitar un medicamento de la lista debido a que se ha comprobado que no es eficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En la gran mayoría de los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hacemos en la *Lista de Medicamentos* del plan.

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

¿Cómo sabrá si ha cambiado la cobertura de su medicamento?

Si hay un cambio en la cobertura *de un medicamento que usted toma*, el plan le enviará un aviso para notificarle el cambio. Normalmente, **le avisaremos con, por lo menos, 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, un medicamento **se retira del mercado repentinamente**, debido a que se descubre que es no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan inmediatamente quitará

el medicamento de la *Lista de Medicamentos*. Le avisaremos sobre este cambio de inmediato. Su proveedor también estará al tanto de este cambio y puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta a un medicamento que usted toma, el cambio no lo afectará hasta el 1.º de enero del año siguiente si usted permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a otro nivel más alto de costo compartido.
- Si imponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Si quitamos el medicamento de la *Lista de Medicamentos*, pero no debido a que el medicamento se retire del mercado de manera repentina o a que un medicamento genérico nuevo lo haya reemplazado.

Si se produce alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma, entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. Sin embargo, el 1.º de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán.

En algunos casos, usted se verá afectado por el cambio en la cobertura antes del 1.º de enero:

- Si un **medicamento de marca que usted toma es reemplazado por un medicamento genérico nuevo**, el plan debe enviarle un aviso con, por lo menos, 60 días de anticipación, u ofrecerle una repetición de su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, usted deberá hablar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a otro medicamento que cubramos.
 - O bien usted y su proveedor podrán solicitar al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca que usted toma. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).
- Una vez más, si un medicamento **se retira del mercado repentinamente** debido a que se descubre que no es seguro o por otros motivos, el plan inmediatamente quitará el medicamento de la *Lista de Medicamentos*. Le avisaremos sobre este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también estará al tanto de este cambio y puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa sobre los tipos de medicamentos que requieren receta médica que están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que figuran en esta sección. La única excepción: si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme a la Parte D, y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5, de este cuadernillo). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso de medicamentos al margen de las indicaciones. El uso al margen de las indicaciones es cualquier uso del medicamento distinto de los usos indicados en la etiqueta de un medicamento, según esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
 - Generalmente, solo se permite la cobertura para el uso al margen de las indicaciones cuando es respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son *American Hospital Formulary Service Drug Information* (Información sobre medicamentos del servicio americano de medicamentos del formulario hospitalario), *DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX) y, para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology* (Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica), o las versiones que los actualicen. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no podrá cubrir el uso al margen de las indicaciones del medicamento.

Además, las categorías de medicamentos mencionadas a continuación no están cubiertas por Medicare, según lo establece la ley. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos conforme a su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con Medi-Cal para obtener información acerca de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos conforme a sus beneficios de Medicaid.

- Medicamentos que no requieren receta médica (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se utilizan para promover la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o del resfrío.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales que requieren receta médica, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante quiere que, además, se contraten pruebas o servicios de control producidos exclusivamente por él, como condición de venta.

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliado al plan al surtir una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliado

Para surtir una receta médica, muestre su tarjeta de afiliado al plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de afiliado al plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan nuestra parte del costo de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger el medicamento. También deberá presentar su tarjeta de Medicaid para surtir recetas médicas para medicamentos cubiertos por Medicaid.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de afiliado con usted?

Si no tiene la tarjeta de afiliado al plan en el momento de surtir su receta médica, pida a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo.** (Luego podrá **solicitar** que le **reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si usted es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, cubriremos el costo de sus medicamentos que requieren receta médica durante la internación. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*¿Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo?
--------------------	----------------------------------------------------------------------------

En general, un centro de atención a largo plazo (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo y se inscribe en el plan?

Si necesita un medicamento que no aparece en nuestra *Lista de Medicamentos* o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será un suministro para un máximo de 98 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio). Si ha estado afiliado al plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no aparece en nuestra *Lista de Medicamentos*, o si el plan tiene alguna restricción a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días.

Durante el tiempo en el que usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando este se le acabe. Quizá haya un

medicamento distinto cubierto por el plan que pueda tener la misma eficacia para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4, indica qué se debe hacer.

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

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos que requieren receta médica a través del grupo de su empleador o de jubilados (o del de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. Este le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos que requieren receta médica actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal del empleador o de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal paga en primer lugar.

Nota especial acerca de la cobertura acreditable:

Cada año, su grupo del empleador o de jubilados le deberá enviar un aviso en el que le informe si su cobertura de medicamentos que requieren receta médica para el año calendario siguiente es acreditable, y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es **acreditable**, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare.

Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable, porque es posible que los necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal del empleador o de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare?
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Si está inscrito en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante o un medicamento para el dolor o la ansiedad que no están cubiertos por el centro de cuidado de enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación de la persona que receta o del proveedor de su centro, en la que se informe que el medicamento no está relacionado. Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado de enfermos terminales o a la persona que receta que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

En caso de que usted cancele su elección del centro de cuidado de enfermos terminales, o bien sea dado de alta del centro, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar la cancelación o el alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D. El Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos
-------------------	-------------------------------------------------------------------------

Sección 10.1	Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Realizamos revisiones de la utilización de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros afiliados reciban una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los afiliados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta médica. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento para tratar la misma enfermedad.
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted toma.

Si observamos un posible problema en la utilización de sus medicamentos, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros afiliados que tienen necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos afiliados tienen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo o tienen que afrontar costos de medicamentos muy altos.

Este programa es voluntario y gratuito para los afiliados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados aprovechen al máximo los beneficios de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (por sus siglas en inglés, MTM). Algunos afiliados que toman medicamentos para tratar diferentes enfermedades pueden reunir los requisitos para obtener estos servicios a través del programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar con ellos sobre cuál es la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos o sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre los medicamentos que requieren receta médica o los de venta libre. Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos, y un espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. También lleve consigo la lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su identificación), en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo eliminaremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6

*Qué debe pagar por sus
medicamentos que requieren receta
médica de la Parte D*

Capítulo 6. Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	210
Sección 1.1	Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos.....	210
Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica.....	211
SECCIÓN 2	El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento.....	211
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados a nuestro plan?	211
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	213
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la <i>EOB de la Parte D</i>)	213
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos.....	213
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.....	215
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$215 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5	215
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de sus costos de medicamentos que le corresponde y usted paga su parte	216
Sección 5.1	El monto que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte la receta médica	216
Sección 5.2	Cuadro que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	217
Sección 5.3	Si su médico le receta menos de un suministro completo de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del mes completo.....	220
Sección 5.4	Cuadro que muestra sus costos para un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento.....	221
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen los \$3,750	223

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 44% de los costos de los medicamentos genéricos	224
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los \$5,000	224
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos de desembolso para los medicamentos que requieren receta médica.....	225
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.....	227
Sección 7.1	Una vez que usted ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año.....	227
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	227
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D y para el costo de aplicación de la vacuna	227
Sección 8.2	Es recomendable que llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de recibir una vacuna	229



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

La mayoría de nuestros afiliados reúnen los requisitos y reciben la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de los medicamentos que requieren receta médica. Si usted forma parte del programa de “Ayuda Adicional”, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D* no se aplique a usted**. Le enviamos un encarte aparte denominado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica” (también denominada “Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo” o “Cláusula Adicional LIS”), que le brinda información sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Para hacerlo más simple, en este capítulo usamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento que requiere receta médica de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, ya que, por ley, algunos medicamentos quedan excluidos de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B o por Medicaid.

Para entender la información sobre el pago que explicamos en este capítulo, debe conocer los puntos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas médicas y qué reglas debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se presentan los materiales que explican estos puntos básicos:

- ***Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.*** Para hacerlo más simple, a esta lista la denominamos *Lista de Medicamentos*.
 - Esta *Lista de Medicamentos* informa qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También le indica en cuál de los seis niveles de costo compartido se encuentra el medicamento y si hay restricciones en su cobertura.
 - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>. La *Lista de Medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este cuadernillo.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos que requieren receta médica, incluidas las reglas que debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por nuestro plan.
- **Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de Farmacias* contiene una lista de farmacias de la red del plan. También le informa qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro de medicamentos a largo plazo (por ejemplo, surtir una receta médica para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica

Para comprender la información sobre el pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de desembolso que es posible que deba pagar por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se llama “costo compartido”, y usted tiene tres maneras de pagarlo.

- **Deducible** es el monto que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **Coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

SECCIÓN 2 El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados a nuestro plan?

Tal como se muestra en el siguiente cuadro, existen etapas de pago de medicamentos para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D conforme a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP). El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o repetir una receta médica. Recuerde que siempre será responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre.

<p>Etapa 1 <i>Etapa del deducible anual</i></p>	<p>Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i></p>	<p>Etapa 3 <i>Etapa de brecha de cobertura</i></p>	<p>Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i></p>
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$215 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 (\$215 es el monto del deducible de los niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos que requieren receta médica, el monto de su deducible será de \$0 o \$83, según el nivel de “Ayuda Adicional” que recibe. (Consulte el encarte aparte, la “Cláusula Adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> <p><i>Si su deducible es de \$0:</i> Esta etapa de pago no le corresponde.</p> <p><i>Si su deducible es de \$83:</i> Usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5.</p> <p>(En la Sección 4 de este capítulo, encontrará más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo que le corresponde de los medicamentos de los niveles 1 y 6, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otra persona en su nombre) haya alcanzado su deducible de los niveles 2, 3, 4 y 5, el plan paga la parte del costo que le corresponde de los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos anuales hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcancen un total de \$3,750.</p> <p>(En la Sección 5 de este capítulo, encontrará más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 35% del precio (más una parte de la tarifa de despacho) de los medicamentos de marca y el 44% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos de desembolso (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$5,000. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(En la Sección 6 de este capítulo, encontrará más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018).</p> <p>(En la Sección 7 de este capítulo, encontrará más detalles).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la <i>EOB de la Parte D</i>)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos que requieren receta médica y de los pagos que usted realiza cuando surte o repite sus recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina costo **“de desembolso”**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto de desembolso que usted paga, o que otras personas pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces, llamado *EOB de la Parte D*) cuando usted haya surtido una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

- **La información de ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago acerca de las recetas médicas que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted u otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina información del “año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

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

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que usted realiza por estos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliado al surtir una receta médica.** Para asegurarnos de estar informados sobre las recetas médicas que surte y cuánto paga, muestre su tarjeta de afiliado al plan cada vez que surta una receta médica.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ciertas ocasiones, es posible que pague medicamentos que requieren receta médica cuando nosotros no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar al plan que pague nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2, de este cuadernillo). A continuación, se presentan algunos tipos de situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que usted ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando pagó un copago por medicamentos provistos por un programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.
 - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones, en las que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se consideran para sus costos de desembolso. Debe llevar un registro de estos pagos y nos los debe enviar para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba su *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)* por correo, contrólela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene preguntas, llámenos al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Guarde estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5

Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$215 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La mayor parte de nuestros afiliados reciben “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos que requieren receta médica, por lo tanto la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los afiliados. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y su monto de deducible depende del nivel de “Ayuda Adicional” que recibe, usted:

- no pagará deducible;
- o pagará un deducible de \$83.

Consulte el encarte aparte (la “Cláusula Adicional LIS”) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si usted no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$215 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto de deducible del plan. Para el resto de los medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a tener cobertura de inmediato.

- En general, su **costo total** es menor que el precio completo normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **deducible** es el monto que usted debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado \$215 por sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5, abandonará la Etapa del deducible y pasará a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 El monto que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte la receta médica

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos que le corresponde, y usted paga su parte (el monto de su coseguro o copago). Su parte del costo variará de acuerdo con el medicamento y el lugar donde surta la receta médica.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento:

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. Los medicamentos de marca de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.
- El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 5 (nivel de especialidades) incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior.
- El nivel 6 (determinados medicamentos) incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca para tratar enfermedades crónicas específicas.

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 depende del lugar donde lo obtiene:

- Una farmacia de venta minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- La farmacia de compra por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 de este cuadernillo y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Cuadro que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

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

- **Copago** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **Coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Tal como se muestra en el siguiente cuadro, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará el precio más bajo del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea menor*.
- Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento que requiere receta médica cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para compra por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (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)
Costo compartido del nivel 1 (Incluye medicamentos genéricos preferidos).	\$0	\$0	\$0	\$0
Costo compartido del nivel 2 (Incluye medicamentos genéricos).	\$20	\$20	\$20	\$20
Costo compartido del nivel 3 (Incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. Los medicamentos de marca de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior).	\$47	\$47	\$47	\$47

Nivel	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para compra por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (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)
Costo compartido del nivel 4 (Incluye medicamentos de marca no preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos).	\$100	\$100	\$100	\$100
Costo compartido del nivel 5 (Nivel de especialidades. Incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior).	28%	28%	28%	28%

	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para compra por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (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				
Costo compartido del nivel 6 (Determinados medicamentos. Incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca para tratar enfermedades crónicas específicas).	\$0	\$0	\$0	\$0

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento que requiere receta médica cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, el médico puede recetarle un suministro para menos de un mes de medicamentos. En ciertas ocasiones, le pedirá a su médico que le recete menos del suministro de un mes de medicamentos (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, usted no pagará el suministro de un mes completo por ciertos medicamentos.

El monto que usted paga cuando obtiene menos de un suministro de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta médica es para el suministro de

un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será más bajo si obtiene menos de un suministro de un mes completo, el *monto* que pagará será menor.

- Si usted es responsable del copago de un medicamento, su copago se basará en la cantidad de días de medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga por día por el medicamento (la tasa de costo compartido diario) y la multiplicaremos por la cantidad de días de medicamento que reciba.
 - Vea el siguiente ejemplo: Digamos que el copago del medicamento para un suministro de un mes completo (de 30 días) es \$30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es \$1. Si usted recibe un suministro de medicamento de 7 días, su pago será \$1 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le sirva antes de tener que pagar el suministro de un mes entero. Además, a fin de planificar mejor las fechas de repetición para diferentes recetas médicas y hacer menos viajes a la farmacia, puede pedirle a su médico que le recete menos de un suministro de un mes completo de un medicamento y a su farmacéutico, que se lo despache. El monto que usted paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Sección 5.4	Cuadro que muestra sus costos para un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo cubre hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

El siguiente cuadro muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago indicado en el cuadro, usted pagará el precio más bajo del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea menor*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento que requiere receta médica cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar para venta minorista (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido para compra por correo (suministro de 90 días)
Costo compartido del nivel 1 (Incluye medicamentos genéricos preferidos).	\$0	\$0
Costo compartido del nivel 2 (Incluye medicamentos genéricos).	\$60	\$60
Costo compartido del nivel 3 (Incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. Los medicamentos de marca de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior).	\$141	\$141
Costo compartido del nivel 4 (Incluye medicamentos de marca no preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos).	\$300	\$300
Costo compartido del nivel 5 (Nivel de especialidades. Incluye medicamentos de marca y genéricos de costo elevado. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior).	28%	28%
Costo compartido del nivel 6 (Determinados medicamentos. Incluye algunos medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca y genéricos para tratar enfermedades crónicas específicas).	\$0	\$0

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen los \$3,750
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos que requieren receta médica que haya surtido y repetido alcance el **límite de \$3,750 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que cualquier plan de la Parte D pagó:

- **El monto que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera compra que realizó en el año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula sus costos de desembolso). Esto incluye lo siguiente:
 - Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos que requieren receta médica. El monto total que usted pagó cuando estaba en la Etapa del deducible, que es \$0 o \$83.
 - El total que usted pagó en concepto de su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El monto que el plan pagó** como la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribió en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2018, el monto que ese plan haya pagado durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)* que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan en sus medicamentos, así como otros terceros, durante el año en su nombre. Muchas personas no alcanzan el límite de \$3,750 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de \$3,750. Si lo alcanza, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de brecha de cobertura.

SECCIÓN 6 **Durante la Etapa de brecha de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 44% de los costos de los medicamentos genéricos**

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los \$5,000

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare le proporciona descuentos de los fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 35% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de desembolso como si usted los hubiera pagado, y lo harán avanzar por la brecha de cobertura.

También recibe algún tipo de cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 44% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56%) no cuenta para los costos de desembolso. Solo cuenta el monto que usted paga, que es el que lo hará avanzar por la brecha de cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más del 44% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2018, ese monto es de \$5,000.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de desembolso. Cuando usted alcanza un límite de desembolso de \$5,000, deja la Etapa de brecha de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos de desembolso para los medicamentos que requieren receta médica
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

A continuación, se presentan las reglas de Medicare que debemos cumplir cuando llevamos el registro de los costos de desembolso para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus costos de desembolso

*Cuando usted suma los costos de desembolso, usted **puede incluir** los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este cuadernillo):*

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible.
 - La Etapa de cobertura inicial.
 - La Etapa de brecha de cobertura.
- Cualquier pago que usted haya realizado durante este año calendario como afiliado a otro plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, estos están incluidos en sus costos de desembolso.
- Estos pagos *también están incluidos* si **ciertas personas u organizaciones** realizan los pagos en su nombre. Esto incluye los pagos de medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los Programas de Asistencia de Medicamentos para el Sida o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa de “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare están incluidos. El monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca que usted recibe está incluido. Sin embargo, el monto que el plan paga por los medicamentos genéricos que usted recibe no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$5,000 en costos de desembolso dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso

Cuando suma sus costos de desembolso, usted **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos para los medicamentos que requieren receta médica:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos del plan por los medicamentos de marca o genéricos que usted recibe mientras se encuentra en la Etapa de brecha de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que realizan determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tiene la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, la indemnización por accidentes y enfermedades laborales).

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las que aparecen más arriba, paga una parte o la totalidad de los costos de desembolso por los medicamentos, usted debe informárselo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

¿Cómo puede llevar el registro del total de sus costos de desembolso?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)* que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso (la Sección 3 de este capítulo explica este informe). Cuando alcance un total de \$5,000 en costos de desembolso por año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de brecha de cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 explica lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que usted ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso hayan alcanzado el límite de \$5,000 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos que requieren receta médica, sus costos para medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda Adicional” que recibe. Durante esta etapa, su parte del costo del medicamento cubierto será:

- \$0; *o bien*
- un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - *ya sea* un coseguro del 5% del costo del medicamento;
 - *o* \$3.35 por un medicamento genérico, o un medicamento que se considere como genérico, y \$8.35 por todos los demás medicamentos.
 - **Nuestro plan paga el resto del costo.**

Consulte el encarte aparte (la “Cláusula Adicional LIS”) para obtener información sobre costos durante la Etapa de cobertura catastrófica.

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

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D y para el costo de aplicación de la vacuna
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1, para encontrar información sobre la cobertura de estas vacunas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.

- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. (A veces, esto se denomina la “aplicación” de la vacuna).

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas aparecen enumeradas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando usted recibe su vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna en sí y de la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- En otras oportunidades, cuando obtiene la vacuna en sí o se le aplica la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación presentamos tres maneras comunes en las que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su aplicación) durante la Etapa del deducible y la Etapa de brecha de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

Situación 2: Le aplican la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su aplicación.

- Luego, podrá solicitar a nuestro plan que reembolse nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (que incluye la aplicación), y menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que nosotros solemos pagar. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico para que se la apliquen.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, usted podrá solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo.
- Se le reembolsará el monto que el médico le haya cobrado por la aplicación de la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2	Es recomendable que llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de recibir una vacuna
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Las reglas de la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planea recibir una vacuna. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

- Podemos explicarle cómo el plan cubre la vacuna e informarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo reducir su propio costo utilizando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	232
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso	232
SECCIÓN 2	Cómo puede solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	234
Sección 2.1	Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago	234
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos.....	236
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos.....	236
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos ni una parte ni el total de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación	236
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias	237
Sección 4.1	En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso en medicamentos.....	237

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso

Nuestros proveedores de la red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó servicios o medicamentos cubiertos por nuestro plan, puede solicitar al plan que le devuelva el dinero (esto se suele denominar “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo, siempre que usted haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos por los servicios o medicamentos.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o requerida de urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan.

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea parte o no de nuestra red. Cuando recibe atención de emergencia o servicios requeridos de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algún monto al proveedor, le pagaremos directamente a dicho proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan. Pero, a veces, cometen errores y le solicitan que pague más que su parte del costo.

- Solo debe pagar el monto de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado; esto se llama “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque exista una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor. Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, no permitiremos que los proveedores de la red le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Para obtener más información sobre la facturación del saldo, consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere que es más que lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Solicítenos el reembolso de la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba conforme al plan.

3. Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente.

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (“Retroactiva” significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo haber sido incluso el año pasado).

Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente y pagó costos de desembolso por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar la documentación para que nosotros administremos el reembolso. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo solicitar el reembolso y sobre los plazos establecidos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica.

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de afiliado para surtir una receta médica, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando esto sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica. (Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de afiliado al plan.

Si no tiene su tarjeta de afiliado al plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información sobre su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted mismo deba pagar el costo total de la receta médica. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones.

Puede pagar el costo total de la receta médica porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o bien, podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o no considera que debería aplicarse a su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de dicho medicamento.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben tener cobertura, le pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos servirá para procesar la información de manera más rápida.

- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (<https://ca.healthnetadvantage.com>) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Por servicios médicos, envíenos por correo su solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 14703
Lexington, KY 40512-4703

Tenga en cuenta que, a partir del 01/01/2018, la dirección para reclamos médicos cambiará a la siguiente:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

Por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, envíenos por correo su solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Reclamos relacionados con la Parte D:
Health Net
Attn: Pharmacy Claims
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de un año calendario (para los reclamos médicos) y en el plazo de 3 años (para los reclamos por medicamentos) a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Si no sabe qué monto debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Al recibir su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional. De otro modo, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso que le corresponde de nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe cumplir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe cumplir para obtener sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no le enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos a apelar nuestra decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos ni una parte ni el total de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si no tiene experiencia en la presentación de una apelación, le será útil comenzar por el Capítulo 9, Sección 5. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y brinda definiciones de términos, tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le indica lo que debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3.
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso en medicamentos

En algunas situaciones, debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando el pago, sino que nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular sus costos de desembolso correctamente. Es posible que esto lo ayude a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación, encontrará un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando recibe un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos afiliados están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que no pertenece a los beneficios del plan. Si usted recibe medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que los gastos de desembolso puedan contar para que usted califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Como usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no, a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus costos de desembolso correctamente y lo ayudará a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

Como usted no está solicitando el pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado al plan	240
Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)	240
Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento	241
Sección 1.3	Debemos garantizar que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	241
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	242
Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	243
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	244
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	246
Sección 1.8	Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados	247
Sección 1.9	Evaluación de nuevas tecnologías.....	247
Sección 1.10	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?	247
Sección 1.11	Cómo obtener más información sobre sus derechos	248
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como afiliado al plan	248
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	248

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado al plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener la información de parte nuestra de una manera que le sirva, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder las preguntas de los afiliados que presentan una discapacidad y que no hablan inglés. Esta información está disponible en forma gratuita, en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. También podemos proporcionarle información en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos sin cargo si lo necesita. Se nos exige que le brindemos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener la información de parte nuestra de una manera que le sirva, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o comuníquese con el Departamento de Quejas Formales al mismo número.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye la información de contacto en esta *Evidencia de Cobertura* o en este correo. Para obtener información adicional, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in audio, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. For information in another language, please contact our Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week. We can also give you information in audio, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Grievance department at the same number.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office of Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing. You may contact Member Services for additional information.

Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento
--------------------	---------------------------------------------------------------------

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. **No discriminamos** según raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

Sección 1.3	Debemos garantizar que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 encontrará más información sobre este tema). Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como afiliado al plan, tiene derecho a programar citas y a obtener servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas de manera oportuna, cuando usted necesita esa atención. También tiene derecho a surtir o repetir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9, Sección 11, de este cuadernillo se le indica qué puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o medicamentos, y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5, se le indica qué puede hacer).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal, tal como lo requieren estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y demás información médica y de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de la manera en la que se usa su información médica. Le proporcionamos un aviso escrito, denominado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información médica a cualquier persona que no le brinda atención ni que paga por ella, *se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo*. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso por escrito.
- En ciertas situaciones excepcionales, no estamos obligados a obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted está afiliado a nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información médica a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a los estatutos y las reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información de sus expedientes y saber de qué manera se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos que se conservan en el plan y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle para realizar las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a conocer de qué manera se ha compartido su información médica con otras personas por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* se encuentra en el Capítulo 11, Sección 9.

Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a obtener distintos tipos de información de parte nuestra. (Tal como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra de una manera que le sirva. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los afiliados y las calificaciones de desempeño del plan, es decir, cómo fue calificado el plan por parte de los afiliados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra sobre los antecedentes de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores*.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o puede visitar nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe cumplir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, las restricciones a su cobertura y qué reglas debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este cuadernillo y la *Lista de*

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.

- Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Información sobre el motivo por el cual hay algo que no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos, o si su cobertura está restringida de alguna manera, nos puede solicitar una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación, aunque haya recibido el servicio médico o el medicamento de parte de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos tal decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué debe hacer si hay algo que no está cubierto como considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los plazos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea solicitarle a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica o por un medicamento que requiere receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando recibe atención médica. Los proveedores deben explicarle su enfermedad y las opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones sobre su atención de salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección,

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

independientemente del costo de estas o si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a administrar y utilizar sus medicamentos de manera segura.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención o el tratamiento médicos propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que ocurra en su cuerpo como resultado de eso.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este cuadernillo indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

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

A veces, las personas pierden la capacidad para tomar decisiones sobre la atención de salud debido a accidentes o a una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si algún día pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que desea que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder legal para la atención de salud**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una instrucción anticipada, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea dar una instrucción anticipada, puede pedirle un formulario a su abogado, a un trabajador social, o lo puede obtener en algunas tiendas de suministros para oficina. A veces, usted puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea completar una instrucción anticipada (esto incluye firmar una si ya está en el hospital). Por ley, nadie puede denegarle atención ni discriminarlo por el hecho de que haya firmado, o no, una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de California.

Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este cuadernillo le indica qué puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo resolver todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que tenga que solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, o presentar una apelación o una queja), **debemos tratarlo de manera imparcial.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.8 Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados

Si tiene preguntas o inquietudes sobre los derechos y las responsabilidades, o si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los afiliados, comparta lo que piensa con nosotros llamando al Departamento de Servicios al Afiliado.

Sección 1.9 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos que se desarrollaron recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o que son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos existentes. Cuando corresponde, nuestro plan aplica las determinaciones locales y nacionales de cobertura de Medicare.

En ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la inclusión de nuevas tecnologías, o nuevas aplicaciones de tecnologías existentes, en los planes de beneficios a fin de garantizar que los afiliados tengan acceso a una atención segura y eficaz. Para ello, realiza una evaluación crítica de publicaciones médicas actuales revisadas por expertos homólogos, que incluyen revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, estudios de cohorte, estudios de control de casos, estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente importantes que indican seguridad y eficacia, y la revisión de pautas basadas en la evidencia desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también tiene en cuenta opiniones, recomendaciones y evaluaciones de médicos, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, como sociedades de médicos especialistas, paneles de consenso u otros organismos de evaluación de tecnología o de investigación reconocidos a nivel nacional, e informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud).

Sección 1.10 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que ha sido tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos por cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Es por algún otro motivo?

Si cree que lo han tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **O puede llamar a Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.11	Cómo obtener más información sobre sus derechos
---------------------	--------------------------------------------------------

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

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Comuníquese con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (*Derechos y Protecciones de Medicare*). (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como afiliado al plan
------------------	--------------------------------------------------------------------

Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?
--------------------	-------------------------------------------

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como afiliado al plan. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Los Capítulos 3 y 4 brindan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
- Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles acerca de su cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos que requieren receta médica, además de nuestro plan, deberá informarnos.** Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
 - Se nos exige cumplir con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura combinada cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con otros beneficios de salud y de medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado al plan y su tarjeta de Medicaid siempre que obtenga atención médica o medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y los demás proveedores para que estos le brinden información, haciendo preguntas y siguiendo el tratamiento propuesto.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores de atención de salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al funcionamiento, sin complicaciones, del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe estar inscrito en Medicare Parte A y Medicare Parte B. A la mayoría de los afiliados a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP), Medicaid les paga la prima de la Parte A (si no reúnen los requisitos automáticamente) y la prima de la

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe continuar pagándolas para permanecer afiliado al plan.

- Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de obtener el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
 - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, usted deberá pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si se le exige que pague el monto adicional correspondiente a la Parte D debido a sus altos ingresos (según consta en su última declaración de impuestos), deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer afiliado al plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, *no puede permanecer afiliado a nuestro plan.*** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que se puede inscribir en cualquier plan de Medicare disponible en el área nueva. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto,** así podremos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o al Consejo de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto correspondiente a estas organizaciones en el Capítulo 2.
 - **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También estamos abiertos a cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios de atención del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

INFORMACIÓN BÁSICA	255
SECCIÓN 1 Introducción	255
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	255
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?	255
SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	256
Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	256
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema?.....	259
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para los beneficios de Medicare o Medicaid?	259
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>	260
SECCIÓN 4 Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u>	260
Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?	260
SECCIÓN 5 Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	261
Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: un panorama general..	261
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	262
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles de su situación?.	263
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	264
Sección 6.1 Esta sección indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.....	264
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)	265
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan).....	269

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	272
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido en concepto de atención médica?.....	274
SECCIÓN 7	Sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	275
Sección 7.1	Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D	276
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	278
Sección 7.3	Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones	279
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	280
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	284
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	287
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto.....	289
Sección 8.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos	289
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	291
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	294
Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?.....	295
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.....	299
Sección 9.1	<i>Esta sección se refiere a tres servicios únicamente:</i> Cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios	299
Sección 9.2	Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura	299
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado	300
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado	303

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	304
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al nivel 3 o a un nivel superior	307
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos.....	307
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	309
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	311
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?.....	311
Sección 11.2	El nombre completo para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”	314
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	314
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	316
Sección 11.5	También puede presentar su queja ante Medicare	317
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>.....		317
SECCIÓN 12	Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicaid</u>.....	317

INFORMACIÓN BÁSICA

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica los procesos para abordar los problemas y las inquietudes. El proceso que usted debe seguir para abordar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema es acerca de los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si usted necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
2. El tipo de problema que usted tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Para garantizar el manejo óptimo e inmediato de sus problemas, cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

¿Qué proceso debe utilizar? La guía que aparece en la Sección 3 lo ayudará a identificar cuál es el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos que se utilizan para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para hacerlo más simple, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales utilizando palabras más sencillas, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, en general, dice “presentar una queja”, en lugar de “presentar una queja formal”; “decisión de cobertura”, en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”; y “Organización de Revisión Independiente”, en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede resultar útil (y a veces muy importante) que usted conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer qué términos debe emplear lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al abordar su problema y obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos los términos legales cada vez que describimos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede ocurrir que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. Siempre puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema. Además, pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre qué se debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se presentan dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Forma de comunicación	Departamento de Servicios de Atención Médica (Programa Medicaid de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	Información sobre elegibilidad: 1-916-552-9200 o 1-800-541-5555 Información sobre atención administrada: 1-916-449-5000 o 1-916-636-1980 DHCS: 1-916-445-4171
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Información sobre elegibilidad: Department of Health Care Services PO Box 997417 MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417 Información sobre atención administrada: Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	www.medi-cal.ca.gov

También puede comunicarse con su agencia local de servicios sociales. Los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 9.

Puede obtener ayuda e información de la Oficina de la Defensoría de Atención Administrada de Medicaid

Forma de comunicación	Oficina de la Defensoría de Atención Administrada de Medicaid: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-888-452-8609
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899
SITIO WEB	http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

Puede obtener ayuda e información de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Forma de comunicación	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.BFCCQIOAREA5.com

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

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para los beneficios de Medicare o Medicaid?

Debido a que usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o inquietud. El proceso que utilizará dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema es acerca de un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Por el contrario, si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, deberá usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

En diferentes partes de este capítulo, encontrará información sobre el proceso de Medicare y el de Medicaid. Para determinar qué parte debe leer, utilice el siguiente cuadro.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ.**

¿Su problema es acerca de los beneficios de Medicare o de los beneficios de Medicaid?

(Si desea recibir ayuda para decidir si su problema es acerca de los beneficios de Medicare o sobre los beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare.**

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”.**

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid.**

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **“Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”.**

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre los problemas o inquietudes acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca de sus beneficios de **Medicare**, utilice este cuadro:

¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica o ciertos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos que requieren receta médica).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la próxima sección de este capítulo: **Sección 5, “Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: un panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para cuestiones, tales como saber si un servicio o medicamento está o no cubierto y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le brinda atención médica o lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico específico, o si se niega a proporcionarle atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

En algunos casos, podemos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que Medicare ya no los cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto es una apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si cumplimos con todas las reglas de manera apropiada. Su apelación es analizada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original. Una vez que hayamos completado la revisión, le informaremos acerca de nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que abordaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión acelerada o “decisión de cobertura rápida”, o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos en forma total o parcial su apelación de nivel 1, su caso irá a una apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 se lleva a cabo a través de una organización independiente que no se relaciona con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de nivel 2. Si esto sucede, se lo informaremos. En otras situaciones, deberá presentar una apelación de nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar a través de niveles de apelación adicionales.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

¿Desea obtener ayuda? A continuación, se presentan algunos recursos que podrían interesarle si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no se relacione con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, esta se enviará automáticamente al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, se debe designar a su médico como su representante.
 - Para medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, su médico u otra persona que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 o de nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, debe designar a su médico u otra persona que recete como su representante.
- **Usted puede solicitar a alguna persona que 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.
 - Quizás haya una persona que ya esté legalmente autorizada para actuar como su representante de conformidad con la ley de su estado.

- Si usted desea que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) y pida el formulario “Designación de un Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>). El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe contar con su firma y la de la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **Asimismo, tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles de su situación?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una de ellas en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto”. (*Se aplica solo a estos servicios: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios*).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o información de ciertas organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo contiene los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo hizo, es recomendable que lo haga antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 6.1	Esta sección indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta sección se refiere a sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para hacerlo más simple, hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención, tratamiento o servicios médicos” cada vez.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No obtiene determinada atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle y usted cree que el plan la cubre.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos dicha atención.
4. Ha recibido y pagado atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan un reembolso por esa atención.
5. Se le informa que la cobertura de determinada atención médica que ha obtenido y que se aprobó previamente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que el hecho de reducir o interrumpir esa atención podría dañar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios**, usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. A continuación, se indica lo que debe leer en esas situaciones:
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto.*

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

- Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección se refiere a tres servicios únicamente: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios.
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 6) como guía para saber qué debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención o servicios médicos que desea recibir?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la próxima sección de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos el servicio médico de la forma en la que usted lo desea?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso por la atención o los servicios médicos que ya recibió y que usted mismo pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura se relaciona con su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación acelerada ”.

Cómo solicitar la cobertura de atención médica que desea

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan a fin de realizar su solicitud para que le autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que desea. Pueden hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente, utilizamos los plazos estándares para proporcionarle nuestra decisión

Cuando tomemos nuestra decisión, usaremos plazos “estándares”, salvo que acordemos usar plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para presentar más información para la revisión. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito.

- Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita la cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de la atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de utilizar los plazos estándares podría *causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si el médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que le informaremos al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
 - La carta también le informará cómo presentar una “queja rápida” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Como se explica anteriormente, podemos demorar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.

- Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido, antes de que finalice dicho período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que hemos acordado en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice dicho período extendido.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada escrita que le explique por qué lo hicimos.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud**.
 - Podemos demorar hasta 14 días calendario más (un “período extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, antes de que finalice dicho período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice dicho período extendido.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que la reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa volver a intentar obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para empezar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.**
 - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario “Designación de un Representante”, en el que usted autoriza a esta persona para que lo represente. (Para obtener el formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) y pida el formulario “Designación de un Representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare, <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el plazo de los 44 días calendario luego de haber recibido su solicitud de apelación (la fecha límite para que tomemos una decisión sobre su

apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso escrito que le explicará su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito que le informa sobre nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentran el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.
- **Puede solicitarnos una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede llamarnos y realizar una solicitud)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión tomada por nuestro plan acerca de la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se proporcionan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, se la proporcionaremos.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o antes de que finalice el período extendido, si demoramos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito que le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación, si se trata de la cobertura de servicios que usted aún no ha recibido. Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta en el plazo mencionado anteriormente (o antes de que finalice el período extendido, si demoramos más días), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización independiente y externa revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de los 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito que le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza en forma total o parcial su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestras decisiones para su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una apelación “rápida” en el nivel 1, también deberá presentar una apelación “rápida” en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación rápida ante nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente **puede demorar hasta 14 días calendario más** si necesita reunir más información que podría beneficiarlo.

Si usted presentó una apelación “estándar” en el nivel 1, también deberá presentar una apelación “estándar” en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. La organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente **puede demorar hasta 14 días calendario más** si necesita reunir más información que podría beneficiarlo.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

- **Si la organización de revisión acepta en forma total o parcial su solicitud,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindar el servicio en el plazo de los 14 días calendario a partir de que recibamos la decisión de la organización para solicitudes estándar, o en un plazo de 72 horas a partir de que el plan reciba la decisión de la organización para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza en forma total o parcial su apelación,** significa que ha acordado con nuestro plan que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

- Si la Organización de Revisión Independiente mantiene la decisión, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita debe alcanzar una determinada cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cuál debe ser el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su apelación de nivel 2.
- Un juez especializado en derecho administrativo resuelve la apelación de nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido en concepto de atención médica?
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que, posiblemente, usted deba solicitar el reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación con la solicitud de reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el plazo de los 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El hecho de enviar el pago es lo mismo que *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le explicará que no pagaremos los servicios y los motivos detallados. (El hecho de declinar su solicitud de pago es lo mismo que *rechazar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita el pago y le informamos que no le pagaremos?

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 6.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación. (Si nos solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y que usted mismo pagó, no puede solicitarnos una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no lo hizo, es recomendable que lo haga antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 7.1	Esta sección le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. (Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

- **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para hacerlo más simple, utilizamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento que requiere receta médica cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las reglas y las restricciones a la cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se establece en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “determinación de cobertura” .

A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
 - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).

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

- Solicitar pagar un monto de costo compartido menor para un medicamento de un nivel de costo compartido mayor.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrir el medicamento).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le indican que su receta médica no se podrá surtir tal como se indica, usted recibirá un aviso escrito donde se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones. Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué parte de esta sección tiene información útil para usted:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no aparece en la <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento de la <i>Lista de Medicamentos</i> y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo desea?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera, nos puede pedir que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a lo que ocurre con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que receta pueden solicitar que hagamos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. (La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar).

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no aparece en la *Lista de Medicamentos*, a veces, se denomina solicitar una “**excepción al Formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no aparece en la *Lista de Medicamentos*, usted deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos). Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para el medicamento.

2. Eliminación de una restricción a nuestra cobertura de un medicamento cubierto.

Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una “**excepción al Formulario**”.

- Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Requerir el uso de una versión genérica* de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.

- *Obtener la aprobación por adelantado del plan*, antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina “autorización previa”).
- *Requerir que pruebe un medicamento diferente en primer lugar*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita (a veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
- *Límites de cantidad*. Para ciertos medicamentos, se aplican restricciones a la cantidad que usted puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y anular una restricción a su favor, usted puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para ese medicamento.

3. Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se denomina, a veces, solicitar una “excepción al nivel”.

- No puede solicitarnos que modifiquemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), ningún medicamento de marca del nivel 3 (medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos) o ningún medicamento del nivel 5 (nivel de especialidades).

Sección 7.3	Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones
--------------------	---------------------------------------------------------------

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información de su médico o la persona que receta al solicitar la excepción.

En general, la *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, en líneas generales *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si solicita una excepción al nivel, en líneas generales *no* aprobaremos su solicitud, a menos que haya probado todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo, y estos no le hayan dado tan buenos resultados.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación suele tener validez hasta el final del año del plan. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 7.5 le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que rechacemos su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** En primer lugar, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos un medicamento, consulte la sección *Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5.2 de este capítulo brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos el reembolso de un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.

- **Si solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona que receta deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción que solicita. (Denominamos a esto “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien su médico u otra persona que receta pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración escrita, de ser necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida la solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- Puede presentar su solicitud de determinación de cobertura de manera electrónica a través del portal para afiliados del plan. Ingrese en <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Cuando tomemos nuestra decisión, usaremos plazos “estándares”, salvo que acordemos usar plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de utilizar los plazos estándares podría *causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si el médico u otra persona que receta nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otra persona que receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que le informaremos al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
 - Esta carta le informará que, si su médico u otra persona que receta solicitan una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Le indica cómo presentar una queja “rápida”, que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - En general, esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda la solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente y externa. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos brindar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

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

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en 72 horas**.

- En general, esto significa dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado **dentro de las 72 horas** de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que usted ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, también debemos hacerle el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos —y, posiblemente, modifiquemos— la decisión que tomamos.

**Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1
(cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura
tomada por nuestro plan)**

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para empezar con su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.** \
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*).
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida la solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Si desea presentar una apelación electrónica.** Puede presentar una queja formal o una solicitud de apelación en línea a través del portal seguro para afiliados en el sitio web,
<https://ca.healthnetadvantage.com/portal/member/enterMedicareGrievanceForm.sdo>.
- **Debe presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito que le informa sobre nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentran el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse

con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.

- **Puede solicitarnos una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico, u otra persona que receta, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si apela nuestra decisión acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico, u otra persona que receta, deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión de cobertura rápida”, que figuran en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otra persona que receta, para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos brindar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en 7 días calendario** desde la recepción de su apelación. Tomaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no tomamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado tan pronto como su salud lo requiera, pero, **a más tardar, a los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de rechazar su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía que elige Medicare para que revise nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

Plazos para una apelación “rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.

- Si la organización de revisión autoriza una “apelación rápida”, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud**, debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización.

Plazos para una apelación “estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que **le enviemos el pago en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente mantiene la decisión, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del nivel 2 es definitiva. El aviso que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cuál debe ser el valor en dólares en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).

- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez especializado en derecho administrativo resuelve la apelación de nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo, *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que deje el hospital.

- El día en que deja el hospital se denomina “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, se le proporcionará un aviso escrito denominado *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Cualquier persona que tenga Medicare obtiene una copia de este aviso cada vez que se la admite en un hospital. El personal del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe dársela dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- El derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- El derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión de alta si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
<p>El aviso escrito de Medicare le informa sobre cómo solicitar una revisión inmediata. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso de su fecha de alta de manera que su atención hospitalaria esté cubierta por un tiempo más prolongado. (La Sección 8.2 a continuación le indica cómo solicitar una revisión inmediata).</p>

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante).
- La firma en este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). La firma en este aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención) a mano cuando la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en el que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que se programe el alta.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También lo puede ver en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de su fecha de alta planificada**. (Su fecha de alta planificada es la fecha que se ha fijado para que usted deje el hospital).
 - Si usted cumple con ese plazo, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
 - Si *no* cumple con ese plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también leerán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que le informará su fecha de alta planificada y le explicará, en detalle, los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se denomina ***Aviso Detallado del Alta***. Puede obtener un ejemplo de este aviso llamando al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver un ejemplo de aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

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

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

A continuación, se presentan los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con su apelación de nivel 1 y no la cambiará.
- El aviso que usted recibe le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando y pasar al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisará su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de su fecha de alta planificada para verificar si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Nosotros le informamos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si nosotros rechazamos su apelación rápida**, estamos manifestando que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada por nosotros de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas desde el momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces nosotros debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían reducir la cantidad que podríamos reembolsarle o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta esa decisión, o pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto**

Sección 9.1	<i>Esta sección se refiere a tres servicios únicamente: Cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios</i>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que sea considerada “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando obtiene cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para esa atención durante todo el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidos su parte del costo y cualquier limitación en la cobertura que corresponda, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo, *Tabla de Beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando nosotros decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *nosotros interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde de su atención*.

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura
--------------------	----------------------------------------------------------------------

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, usted recibirá un aviso.

- El aviso escrito le indicará la fecha en la que nosotros interrumpiremos la cobertura de su atención.
- El aviso escrito también le indica lo que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie la decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga brindándole cobertura por un período más prolongado.

Términos legales

Al decirle qué puede hacer, el aviso escrito le está diciendo cómo puede solicitar una “**apelación rápida**”. Solicitar una apelación rápida es un modo legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo finaliza su atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación rápida).

El aviso escrito se denomina *Aviso de No Cobertura de Medicare*. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 5 brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante).
- La firma en este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **Esto no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Sección 9.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período más prologando, tendrá que usar el proceso de apelaciones para realizar la solicitud. Antes de comenzar, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo hacerlo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de interrumpir la cobertura de determinados tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (que haga una revisión independiente) de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también leerá su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- Antes de que termine el día en el que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, le enviaremos un aviso escrito en el que le explicaremos en detalle los motivos por los que finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación del aviso se denomina <i>Explicación Detallada de No Cobertura</i> .

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que se le informó.** Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención en la fecha que se detalla en el aviso.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta pertenece al “nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces usted puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

A continuación, se presentan los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Deberemos continuar proporcionándole cobertura** para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que aceptan la decisión que tomamos relacionada con su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted recibe le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisará su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

A continuación, se presentan los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, nosotros volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Nosotros le informamos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios más prolongados y que continuaremos proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura).

- **Si nosotros rechazamos su apelación rápida**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y nosotros no pagaremos nuestra parte del costo después de esa fecha.
- Si continúa recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas desde el momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces nosotros debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención que usted haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían reducir la cantidad que podríamos reembolsarle o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que acepta la decisión que nuestro plan tomó relacionada con su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisará su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 o a un nivel superior

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que usted recibe para su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “juez especializado en derecho administrativo”.

- **Si el juez especializado en derecho administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede terminar o no.** Decidiremos si apelaremos o no esta decisión en el nivel 4. A diferencia de lo que ocurre con una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con cualquier documento adjunto que sea necesario. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el juez especializado en derecho administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 La **Junta de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. La Junta de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación o si la Junta de Apelaciones rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión en el nivel 5. A diferencia de lo que ocurre con una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestar el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión de la Junta de Apelaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación o si la Junta de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta de Apelaciones rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones administrativas.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted recibe para su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “juez especializado en derecho administrativo”.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones termina.** Lo que solicitó en la apelación se ha aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez especializado en derecho administrativo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas), o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 La **Junta de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. La Junta de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones termina.** Lo que solicitó en la apelación se ha aprobado. Nosotros debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la Junta de Apelaciones **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas), o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que usted recibe le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica recibida	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente poco eficaz u otras actitudes negativas	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien se comportó de manera ofensiva o irrespetuosa con usted?• ¿No está conforme con la forma en la que lo trató el personal del Departamento de Servicios al Afiliado?• ¿Considera que se lo está incitando a abandonar el plan?

Queja	Ejemplo
Plazos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla?• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar mucho tiempo? ¿O le ha sucedido esto con el Departamento de Servicios al Afiliado o con otro integrante del personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Por ejemplo, esperar mucho tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes, o para obtener un medicamento o una receta médica.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de la clínica, el hospital o el consultorio del médico?
Información que le enviamos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que no le hemos enviado un aviso que debíamos enviarle?• ¿Considera que la información que le dimos por escrito es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Plazos (Estos tipos de quejas están relacionados con los <i>plazos</i> de nuestras decisiones de cobertura y las apelaciones).	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso y no, el proceso de presentación de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no le dimos una respuesta con la rapidez con la que debíamos hacerlo, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación, se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y nosotros nos negamos a proporcionarla, usted puede presentar una queja.• Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación, puede presentar una queja.• Existen plazos que se aplican cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o reembolsarle los gastos por ciertos medicamentos o servicios médicos. Si considera que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja.• Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no hacemos esto en los plazos establecidos, usted puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre completo para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

Términos legales

- Lo que esta sección denomina “**queja**” también se llama “**queja formal**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**presentar una queja formal**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para presentar una queja formal**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

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

- **En general, llamar al Departamento de Servicios al Afiliado es el primer paso.** Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará. El número de teléfono es 1-800-431-9007. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. (TTY: 711).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.
- Si solicita una respuesta por escrito, presente una queja por escrito (queja formal), o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar su queja. Este proceso se denomina “procedimiento de quejas formales”. Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece anteriormente. O puede enviarnos por correo o por fax una solicitud escrita a la dirección o al número de fax que aparecen en las secciones *Apelaciones por Atención Médica*, *Quejas sobre Atención Médica* de la Parte C y *Apelaciones por Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D*, o *Quejas sobre Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D*, del Capítulo 2 de este cuadernillo.

- Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario de ocurrido el problema. (Le podemos dar más tiempo para las quejas sobre los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D si tiene un buen motivo por el cual no cumplió con la fecha límite de presentación). Puede presentarnos su queja formal por escrito o por fax a la dirección o al número de fax que aparecen en las secciones *Apelaciones por Atención Médica*, *Quejas sobre Atención Médica* de la Parte C y *Apelaciones por Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D*, o *Quejas sobre Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D*, del Capítulo 2 de este cuadernillo.
- Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan pronto como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, y a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de obtener información adicional, y la demora es en su beneficio.
- En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Este proceso se denomina “procedimiento de quejas formales aceleradas”. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
 - Rechazamos su pedido de una revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos de la Parte D.
 - Rechazamos su pedido de una revisión rápida de una apelación por servicios o medicamentos de la Parte D denegados.
 - Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
 - Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su apelación por atención médica rechazada.
- Usted puede presentar este tipo de quejas por teléfono llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo. Además, puede presentarnos su queja por escrito o por fax a la dirección o al número de fax que aparecen en las secciones *Apelaciones por Atención Médica*, *Quejas sobre Atención Médica* de la Parte C y *Apelaciones por Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D*, o *Quejas sobre Medicamentos que Requieren Receta Médica de la Parte D*, del Capítulo 2 de este cuadernillo. Una vez que recibamos la queja formal acelerada, un médico clínico revisará el caso para determinar los motivos relacionados con la denegación de su solicitud de una revisión rápida, o si la extensión del caso fue adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido oralmente y por escrito, dentro de las 24 horas de la recepción de su queja.
- **Por teléfono o por escrito, debe comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que desea realizar la queja.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos una queja “rápida” automáticamente.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales

Lo que esta sección denomina “**queja rápida**” también se llama “**queja formal acelerada**”.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o con la totalidad de su queja, o no nos hacemos responsables del problema sobre el cual realiza la queja, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones para darle esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar su queja ante nosotros sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones.

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

- Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante esta organización y ante nosotros al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en el sitio web <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo abordar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Como afiliado al plan, algunos de los servicios de su plan pueden estar cubiertos por Medicaid. Por lo tanto, si cree que le hemos denegado indebidamente un servicio o el pago de un servicio que está cubierto por Medicaid, tiene derecho a apelar nuestra decisión ante Medicaid. Comuníquese con Medicaid para presentar una queja formal (queja) o apelación sobre un servicio de Medicaid. Puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 6.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su afiliación al plan

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan

SECCIÓN 1	Introducción	320
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su afiliación a nuestro plan	320
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?	320
Sección 2.1	Puede cancelar su afiliación en cualquier momento	320
Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación?	321
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?.....	322
Sección 3.1	Generalmente, usted cancela su afiliación al inscribirse en otro plan.....	322
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su afiliación, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	323
Sección 4.1	Hasta que se cancele su afiliación, usted sigue afiliado a nuestro plan	323
SECCIÓN 5	Health Net Seniority Plus Amber II Premier debe cancelar su afiliación al plan en ciertas situaciones	324
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su afiliación al plan?	324
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud	325
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan	325

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su afiliación a nuestro plan
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------

La cancelación de su afiliación a nuestro plan puede ser **voluntaria** (por su propia decisión) o **involuntaria** (ajena a su propia decisión):

- Es posible que usted abandone nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Usted puede cancelar su afiliación al plan en cualquier momento. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará la inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar su afiliación de manera voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le explica *cómo* cancelar su afiliación en cada situación.
- Existen también algunas situaciones en las que usted no elige abandonar el plan, sino que se nos exige que cancelemos su afiliación. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que se cancele su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1	Puede cancelar su afiliación en cualquier momento
--------------------	----------------------------------------------------------

Usted puede cancelar su afiliación a nuestro plan en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede cancelar su afiliación?** La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación solo durante ciertos momentos del año. Sin embargo, como obtiene asistencia de Medicaid, **puede cancelar su afiliación a nuestro plan en cualquier momento.**
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra los medicamentos que requieren receta médica o uno que no los cubra).
 - Un plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.

- Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica para un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare).

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para obtener información sobre las opciones del plan de Medicaid (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 6, de este cuadernillo).

- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su plan nuevo comenzará ese mismo día.

Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación?
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación:

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2018*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos afiliados a Medicare la reciben en el plazo del mes después de que se inscriben por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare, al número que figura a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Sección 3.1 Generalmente, usted cancela su afiliación al inscribirse en otro plan

Por lo general, para cancelar su afiliación a nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan al plan Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele su afiliación a nuestro plan. Puede solicitar que se cancele su afiliación de dos maneras:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- *O* puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El cuadro a continuación explica de qué manera debe cancelar su afiliación al plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Un plan Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribese en el nuevo plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Un plan Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.<ul style="list-style-type: none">○ Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.○ Si desea cancelar su afiliación a una cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y continuar sin una cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, comuníquese con Medi-Cal al 1-916-445-4171, TTY 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados. Pregunte cómo afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Medi-Cal el hecho de afiliarse a otro plan o volver a utilizar Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su afiliación, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que se cancele su afiliación, usted sigue afiliado a nuestro plan
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Si abandona nuestro plan, puede llevar un tiempo antes de que se cancele su afiliación y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar obteniendo su atención médica y sus medicamentos que requieren receta médica a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas médicas hasta que finalice su afiliación a nuestro plan.** En general, sus medicamentos que requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.
- **Si está hospitalizado el día que se cancela su afiliación, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé de alta** (aun cuando se le dé de alta después de que comience su nueva cobertura de la salud).

SECCIÓN 5 Health Net Seniority Plus Amber II Premier debe cancelar su afiliación al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su afiliación al plan?

Debemos cancelar su afiliación al plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.

Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está dirigido a personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad especiales de nuestro plan, su afiliación a este plan finalizará después de los seis meses. Recibirá un aviso de parte nuestra que le informará sobre la cancelación de su afiliación y sus opciones. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

El período de elegibilidad continua del plan es de seis meses. El período de elegibilidad continua comienza el primer día del mes siguiente al mes en que usted pierde el estado de necesidades especiales o, por determinación retroactiva, el primer día del mes siguiente en que la información sobre su pérdida se encuentra disponible para nosotros.

- Si no paga la deducción de sus gastos médicos, si corresponde.
- Si usted se muda fuera de nuestra 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, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (si va preso).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos que requieren receta médica.

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles la atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su afiliación a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios al Afiliado** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud</u>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nosotros no podemos solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con la salud, debe llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación. Asimismo, puede consultar el Capítulo 9, Sección 11, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso de leyes vigentes	328
SECCIÓN 2	Aviso de No Discriminación	328
SECCIÓN 3	Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	329
SECCIÓN 4	Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP).....	329
SECCIÓN 5	Tarjeta de afiliado.....	332
SECCIÓN 6	Contratistas independientes.....	332
SECCIÓN 7	Fraude al plan de atención de salud.....	332
SECCIÓN 8	Circunstancias que están fuera del control del plan.....	333
SECCIÓN 9	Aviso de Prácticas de Privacidad.....	333

SECCIÓN 1 Aviso de leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y también pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, se pueden aplicar las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de No Discriminación

No discriminamos según raza, origen étnico, nacionalidad, color de piel, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proporcionan 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 para los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplica por alguna otra razón.

Health Net cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Net tampoco excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Health Net brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber y HMO SNP) o al 1-800-275-4737 (todos los demás planes de HMO) (TTY: 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario. Conforme a las reglamentaciones de los CMS, que figuran en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (por sus siglas en inglés, CFR), nuestro plan, como una organización de Medicare Advantage, tiene los mismos derechos de recuperación que tiene la Secretaría según lo establecido por los CMS en las subsecciones B hasta la D (Título 42, sección 411, del CFR); y las normas establecidas en esa sección superan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)

Si se lesiona

Si alguna vez tiene una lesión causada por las acciones de otra persona o por usted mismo (parte responsable), nuestro plan le brindará los beneficios para todos los servicios cubiertos que usted recibe a través de este plan. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a sus lesiones, ya sea a través de un arreglo, un fallo judicial o cualquier otra forma de pago asociada a sus lesiones, nuestro plan o los proveedores médicos se reservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya brindado a través de este plan.

Según se usa en toda esta disposición, el término “parte responsable” significa cualquier parte real o potencialmente responsable de efectuar el pago a un afiliado debido a una lesión, enfermedad o afección. La parte responsable incluye la aseguradora de responsabilidad civil de la parte o cualquier cobertura de seguro.

Estos son algunos ejemplos de cómo usted podría lesionarse a través de las acciones de una parte responsable:

- Tiene un accidente automovilístico.
- Se resbala y se cae en una tienda.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todas las recuperaciones que usted reciba, que le pague un tercero o que se hagan en su nombre a través de las siguientes fuentes, entre otras:

- Pagos efectuados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre de un tercero.
- Cobertura para conductores no asegurados o subasegurados.
- Protección contra lesiones personales, cobertura de seguro sin culpa o cualquier otra cobertura de primera persona.
- Indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o adjudicación o arreglo por discapacidad.
- Cobertura de pagos médicos conforme a cualquier póliza de automóviles, cobertura de seguro de las instalaciones o del hogar, o cobertura suplementaria.
- Cualquier arreglo recibido tras una acción legal o juicio.
- Cualquier fallo judicial recibido tras una acción legal o juicio.
- Gastos médicos realizados debido a una mala praxis.
- Cualquier otro pago de parte de otra fuente recibido como indemnización por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted reconoce que nuestro plan tiene un derecho de primer grado a la subrogación y a recibir el reembolso que corresponda cuando este plan haya pagado beneficios de atención de salud por gastos realizados a causa de las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recuperen o tengan derecho a recuperar cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted también (i) otorga a nuestro plan una cesión de su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos proporcionados por el plan, y (ii) usted acuerda indicar específicamente a tales terceros o compañías de seguros que reembolsen directamente al plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted también le otorga a nuestro plan un derecho de retención de primer grado para cualquier recuperación, arreglo o fallo judicial, o de cualquier otra fuente de indemnización, y todo reembolso adeudado a nuestro plan en relación con el costo total de los beneficios pagados conforme al plan que estén asociados a lesiones, enfermedades o afecciones causadas por acciones u omisiones de una parte responsable, sin importar si se identificó específicamente como recuperación de gastos médicos y sin importar si usted recibe una indemnización total o completa por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios brindados por este plan sin tener en cuenta ningún reclamo de culpa realizado por el afiliado, ya sea por negligencia comparativa o de otra manera. No se podrán deducir los honorarios del abogado de la recuperación de nuestro plan, y no es necesario que nuestro plan pague o contribuya con el pago de los costos del tribunal o de los honorarios del abogado contratado para presentar el reclamo o un juicio contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe seguir

Si usted se lesiona por causa de una parte responsable, debe cooperar con las iniciativas de nuestro plan o de los proveedores médicos para recuperar sus gastos. Estos esfuerzos incluyen los siguientes:

- Informar a nuestro plan y a los proveedores médicos el nombre y la dirección de la parte responsable o del abogado de esta, si los sabe; el nombre y la dirección de su abogado, si está usando tales servicios; el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros relacionada con sus lesiones o reclamos; e incluir una descripción de cómo se produjeron las lesiones.
- Completar cualquier trámite que nuestro plan o los proveedores médicos puedan exigirle razonablemente para ayudarlos a hacer cumplir el derecho de retención del caso.
- Responder las preguntas de nuestro plan sobre el estado del caso o del reclamo y las discusiones para llegar a un acuerdo, lo antes posible.
- Notificar inmediatamente a nuestro plan cuando usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de las partes responsables, de cualquier compañía de seguros o de cualquier otra fuente.
- Pagar la cantidad del derecho de retención de atención de salud de cualquier recuperación, arreglo o fallo judicial, o de cualquier otra fuente de indemnización, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan en relación con el costo total de los beneficios pagados conforme al plan relacionados con lesiones, enfermedades o afecciones causadas por una parte responsable, independientemente de si se identificó de manera específica como resarcimiento de gastos médicos, y de que usted reciba una indemnización total o completa por su pérdida.
- No hacer nada que pudiera perjudicar los derechos de nuestro plan según lo establecido anteriormente. Esto incluye, entre otras cuestiones, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del arreglo o la recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de denegar el derecho de recuperación en primer grado de nuestro plan; y retener en fideicomiso cualquier suma de dinero que usted o su abogado hayan recibido de las partes responsables o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan y a los proveedores médicos la cantidad de la recuperación debida al plan tan pronto como usted o su abogado reciban el pago y antes de pagar a otros posibles titulares de derecho de retención o terceras partes que reclamen el derecho de recuperación.

SECCIÓN 5 Tarjeta de afiliado

La tarjeta de afiliado emitida por nuestro plan conforme a esta *Evidencia de Cobertura* tiene fines de identificación únicamente. La posesión de una tarjeta de afiliado no le confiere derechos a servicios u otros beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*. Para tener derecho a recibir servicios o beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para recibir la cobertura y ser afiliado conforme a esta *Evidencia de Cobertura*. Toda persona que reciba servicios a los que no tiene derecho conforme a esta *Evidencia de Cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. Al momento de recibir servicios, el afiliado debe presentar su tarjeta de afiliado al plan, no la tarjeta de Medicare. Si necesita que le reemplacen la tarjeta de afiliado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Nota: Se puede cancelar la afiliación con motivo justificado de cualquier afiliado que permita, a sabiendas, el uso indebido o el mal uso de la tarjeta de afiliado. Nuestro plan tiene la obligación de denunciar toda cancelación de la afiliación que resulte del mal uso o uso indebido de la tarjeta de afiliado a la Oficina del Inspector General, lo que puede derivar en una sanción penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan, y ni nuestro plan ni ningún empleado de nuestro plan es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso, nuestro plan será responsable de negligencia, actos ilícitos u omisiones de cualquier médico u otro proveedor de atención de salud participante. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el afiliado. Nuestro plan no es un proveedor de atención de salud.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un afiliado, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede llevarse a juicio. Cualquier persona que deliberadamente y a sabiendas se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud, mediante la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al seguro.

Si tiene inquietudes con respecto a cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de *Explicación de Beneficios*, o si sabe o sospecha que existe alguna actividad ilegal, llame a la línea directa para denunciar fraudes de nuestro plan, de manera gratuita, al 1-800-977-3565. La línea directa para denunciar fraudes atiende las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias que están fuera del control del plan

En la medida en que un desastre natural, una guerra, una serie de disturbios, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción parcial o completa de instalaciones, una explosión atómica o cualquier otra forma de liberación de energía nuclear, una discapacidad de personal importante del grupo médico o un acontecimiento similar, ajenos al control de nuestro plan, ocasionen que los centros o el personal de nuestro plan no se encuentren disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, la obligación del plan de proporcionar tales servicios o beneficios se limitará al requisito de que nuestro plan haga un esfuerzo, de buena fe, para proveer o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad de sus centros o su personal.

SECCIÓN 9 Aviso de Prácticas de Privacidad

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: 14.08.2017

Este aviso le informa sobre cómo Health Net** (al que se hace referencia como “nosotros” o “el plan”) puede reunir, utilizar y divulgar su información médica protegida y sus derechos relacionados con esa información. La información médica protegida es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede ser utilizada de manera razonable para identificarlo y que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, con la atención de salud que se le brinda o con el pago de dicha atención.

Deberes de las entidades cubiertas:

Health Net es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud de 1996 (por sus siglas en inglés, HIPAA). Las leyes exigen que Health Net mantenga la privacidad de su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI), le proporcione este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, acepte los términos del aviso vigente, y le informe cualquier violación a la confidencialidad de esa información.

Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a tener acceso, modificar y administrar su PHI, y cómo ejercer esos derechos. Se realizarán otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este aviso solamente con su autorización por escrito.

Health Net se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado y modificado entre en vigor para la PHI que ya tenemos, así como también para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Health Net revisará y distribuirá rápidamente este aviso siempre que haya un cambio importante en los usos o divulgaciones, sus derechos, nuestros deberes legales u otras prácticas de privacidad descritas en este aviso. Todos los avisos revisados estarán disponibles en el sitio web de Health Net.

Protección interna de la PHI oral, escrita y electrónica:

Health Net protege su PHI. Disponemos de procesos de privacidad y seguridad para ayudarlo. Estas son algunas de las maneras en que protegemos su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Les exigimos a nuestros socios comerciales que cumplan con los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Comunicamos su PHI a las personas que la necesitan, solo por motivos comerciales.
- Conservamos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o guardamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnologías para evitar que las personas equivocadas tengan acceso a su PHI.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:

A continuación, se describe cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención de salud que le esté realizando un tratamiento, a fin de coordinar su tratamiento entre los proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago.** Podemos usar o divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que se le brinden. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad para realizar un pago. Las actividades de pago pueden incluir procesar reclamos, determinar la elegibilidad o cobertura para los reclamos, emitir la facturación de la prima, revisar la necesidad médica de los servicios y realizar la revisión de la utilización de los reclamos.

- **Operaciones de atención de salud.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden incluir prestar servicios al cliente, responder quejas y apelaciones, realizar la administración de casos y coordinar la atención, realizar la revisión médica de reclamos, y otras actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad. Además, en nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar PHI a socios comerciales con quienes tenemos acuerdos escritos que contienen términos para proteger la privacidad de su PHI. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a reglas federales de privacidad que tenga relación con usted por sus operaciones de atención de salud relacionadas con las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, que revise la competencia o antecedentes de los profesionales de la salud, la administración de casos y la coordinación de la atención, o detecte o evite fraudes y abusos en atención de salud.
- **Divulgaciones al plan de salud grupal/patrocinador del plan.** Además, podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le proporciona un programa de atención de salud, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones respecto de la utilización o divulgación de la información médica protegida (por ejemplo, si acepta no utilizar la información médica protegida para tomar decisiones o medidas relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI:

- **Actividades de recaudación.** Podemos usar o divulgar su PHI para las actividades de recaudación, por ejemplo, para recaudar dinero para una fundación benéfica o una entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósito de contratación.** Podemos usar o divulgar su PHI para los propósitos de contratación, como tomar una determinación sobre una solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para los propósitos de contratación, tenemos prohibido usar o divulgar su información genética en el proceso de contratación.
- **Recordatorios de cita o alternativas para el tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para un tratamiento o atención médica con nosotros, o para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información para dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo exija la ley.** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI; debemos usar o divulgar esta información, en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con esa ley y estén limitados a sus fines. Si existieran diferencias entre dos o más leyes o regulaciones sobre el mismo uso o divulgación, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.

- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios dentro de su jurisdicción.
- **Víctimas de maltrato y abandono.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental estatal o federal, incluidos los servicios sociales o las agencias de servicios para la protección autorizadas a recibir esos informes si tenemos sospechas razonables de maltrato, abandono o violencia familiar.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos, así como también en respuesta a la orden de un tribunal judicial o administrativo, a una citación, notificación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes legales similares.
- **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, una orden de un tribunal, una citación o notificación emitidas por un funcionario judicial, o una citación de un gran jurado. Además, podemos divulgar la PHI pertinente a fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo de mérito o persona desaparecida.
- **Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus actividades.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos o entidades comprometidas con la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la salud y la seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o minimizar una amenaza inminente y grave para la salud o seguridad pública o de una persona.
- **Funciones gubernamentales especiales.** Si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI en caso de que lo soliciten las autoridades militares. También podemos divulgar su PHI a los funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y seguridad nacional, al Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica y para servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas.
- **Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, u otros programas similares establecidos por la ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar quién es el culpable.

- **Situaciones de emergencia.** En situaciones de emergencia o si usted está incapacitado o no está presente, podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo personal cercano, una agencia autorizada de servicios de salud en casos de desastre o cualquier otra persona identificada previamente por usted. Usaremos nuestro juicio profesional y experiencia para determinar si la divulgación es conveniente para usted. Si lo es, solo divulgaremos la PHI que sea directamente pertinente a la atención que le brinda la persona.
- **Presos.** Si usted está preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario de aplicación de la ley, podemos divulgar su PHI al correccional o al funcionario, siempre que esa información sea necesaria para que la institución le brinde atención de salud, para proteger su salud o seguridad, la de otros o la del correccional.
- **Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores, siempre y cuando el estudio de investigación clínica haya sido aprobado y se hayan tomado ciertas medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

Venta de la PHI. Le solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibimos una indemnización por la divulgación de la información de esta manera.

Comercialización. Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia. Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para un tratamiento determinado, un pago o una función de operación de atención de salud.

Derechos de las personas

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si desea ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Para eso, use la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización.** Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Debe hacerlo por escrito. La revocación entrará en vigor inmediatamente, salvo que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización y antes de haber recibido su revocación por escrito.

- ***Derecho a solicitar restricciones.*** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, así como también sobre las divulgaciones a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. En la solicitud, deben figurar las restricciones que solicita y a quienes se aplican. No es necesario que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de PHI para el pago o las operaciones de atención de salud a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad del servicio o del artículo.
- ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.*** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI a través de medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted desea. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud, pero debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambiaran el medio o el lugar de comunicación. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar alternativo al que debemos enviar su PHI.
- ***Derecho a leer o a obtener copias de su PHI.*** Usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer o a obtener copias de la PHI que se encuentra en un conjunto de expedientes designados. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que esto no sea posible. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito y le informaremos si los motivos para el rechazo pueden ser revisados y cómo solicitar la revisión, o si el rechazo no puede ser revisado.
- ***Derecho a modificar su PHI.*** Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que desea modificar, y el creador de la PHI puede hacer la modificación. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicitó que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarle la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione, y para incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.
- ***Derecho a recibir un informe de las divulgaciones.*** Usted tiene derecho a recibir una lista de todos los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro de los últimos 6 años. Este derecho no se aplica a la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, ni a las divulgaciones que usted autorizó, ni a otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a esas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tarifas cuando realice la solicitud.

- ***Derecho a recibir una copia de este aviso.*** Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para eso, use la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.
- ***Derecho a presentar una queja.*** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad o que no hemos respetado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece al final de este aviso. Para las quejas de afiliados a Medi-Cal, los afiliados también pueden comunicarse con el Departamento de Servicios de Atención Médica que se menciona en la sección siguiente.

Además, puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; llame al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece a continuación.

Health Net Privacy Office
Attn: Privacy Official
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409

Teléfono: 1-800-522-0088
Fax: 1-818-676-8314
Correo electrónico: Privacy@healthnet.com

Afiliados a Medi-Cal únicamente: si consideran que no se ha protegido su privacidad y desean presentar una queja, pueden hacerlo llamando o escribiendo a la siguiente dirección:

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
California Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue, MS 0010
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-445-4646 o 1-866-866-0602 (TTY/TDD: 1-877-735-2929)
Correo electrónico: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU **INFORMACIÓN FINANCIERA** Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, la información financiera personal es la información de una persona inscrita o de un solicitante de cobertura de atención de salud, que identifica a la persona, no suele ser pública y se obtiene de la propia persona o mediante la cobertura de atención de salud que se le brinda.

La información que reunimos: Reunimos información financiera personal sobre usted a través de las siguientes fuentes:

- Información sobre usted que obtenemos mediante solicitudes y otros formularios, como su nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social.
- Información sobre las transacciones que usted realiza con nosotros, nuestros socios u otras personas, como el pago de las primas o el historial de reclamos.
- Información contenida en los informes de consumidores.

Divulgación de información: No divulgamos información financiera personal a terceros sobre las personas inscritas actuales o anteriores, salvo que lo requiera o lo permita la ley. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, si la ley lo permite, divulgar cualquier información financiera personal que recopilamos sobre usted sin su autorización a los siguientes tipos de instituciones:

- Nuestros socios corporativos, como otras empresas aseguradoras.
- Compañías no asociadas para propósitos comerciales cotidianos, como el procesamiento de sus transacciones, el mantenimiento de sus cuentas o el cumplimiento de órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Compañías no asociadas que prestan servicios para nosotros, por ejemplo, el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad: Contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con las normas federales y estatales aplicables, a fin de proteger su información financiera personal contra riesgos, como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios seguros, y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso:

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso:

Llame al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o llame a Health Net, al 1-800-522-0088.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Afiliado (afiliado a nuestro plan o “afiliado al plan”): una persona que tiene Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Apelación: una apelación es algo que usted presenta cuando está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención de salud o medicamentos que requieren receta médica, o el pago de los servicios o los medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nosotros no pagamos un medicamento, un artículo o un servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su afiliación si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son (1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una enfermedad de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser proporcionadas por médicos o enfermeras registradas.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro *Formulario*. Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el *Formulario*.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar: un ayudante para el cuidado de la salud en el hogar proporciona servicios que no requieren la capacitación del personal de enfermería o terapeuta con licencia, tal como la ayuda para la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Cancelar o cancelación de la afiliación: el proceso de finalizar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

Centro de cuidado de enfermos terminales: un afiliado que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidado de enfermos terminales en su área geográfica. Si usted elige un centro de cuidado de enfermos terminales y continúa pagando las primas, todavía está afiliado a nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidado de enfermos terminales le brindará un tratamiento especial para su estado.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF): un centro que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del lenguaje y del habla, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos para los pacientes ambulatorios que no necesitan internación y cuya estadía en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica: la cobertura de medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, generalmente, pueden mantener dicha cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Copago: un monto que usted debe pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o un medicamento que requiere receta médica. Un copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento que requiere receta médica.

Coseguro: un monto que usted debe pagar como su parte del costo de los servicios o de los medicamentos que requieren receta médica, después de pagar cualquier deducible. El coseguro es, generalmente, un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costo compartido: costo compartido se refiere a los montos que un afiliado debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen una combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier monto de deducible que un plan puede imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiere que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Costos de desembolso: consulte la definición de “costo compartido” que aparece anteriormente. El requisito de costo compartido del afiliado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos “de desembolso” del afiliado.

Cuidado asistencial: es la atención personal proporcionada en casas de reposo, centros de cuidado de enfermos terminales u otras instalaciones, cuando no son necesarias la atención médica o la atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial comprende la atención personal proporcionada por personas que no cuentan con capacitación profesional. Por ejemplo, ayudar en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, sentarse o levantarse de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir un tipo de atención relacionada con la salud de la que la mayoría de las personas puede ocuparse sin ayuda, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: monto que usted debe pagar por la atención de salud o las recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que la receta médica no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este cuadernillo. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando esta toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este cuadernillo. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME): determinado equipo médico que su médico le indica para uso en el hogar por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital, solicitados por el proveedor para ser utilizados en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted, u otra parte calificada en su nombre, haya gastado \$5,000 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de la cual sus costos totales de medicamentos, incluido el monto que usted pagó y lo que nuestro plan pagó en su nombre durante el año, han alcanzado \$3,750.

Evidencia de Cobertura (por sus siglas en inglés, EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como afiliado a nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si es aprobada, le permite a usted obtener un medicamento que no está en el *Formulario* del patrocinador del plan (una excepción al *Formulario*) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está solicitando (una excepción al *Formulario*).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan. Como afiliado a nuestro plan, usted solo debe pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo o cualquier otro cargo que supere el monto de costo compartido que el plan establece que usted debe pagar.

Farmacia de la red: es una farmacia donde los afiliados a nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos que requieren receta médica. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Tal como se explicó en esta *Evidencia de Cobertura*, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Grupo médico: un grupo de dos o más médicos y profesionales no médicos que constituyen legalmente una asociación, corporación profesional, fundación, corporación sin fines de lucro, plan de prácticas profesionales o asociación similar en la que cada médico integrante del grupo brinda todos los servicios que ofrece habitualmente (incluidos atención médica, consultas, diagnóstico o tratamiento) a través del uso común de consultorios, centros, equipos y personal.

Hospitalización: una internación en la que usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”.

Indicación medicamente aceptada: el uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre las indicaciones medicamente aceptadas.

Ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI): un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura durante la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos relacionados con la calidad, la seguridad o la utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o Ayuda Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen con las normas de práctica médica aceptadas.

Medicamento de marca: un medicamento que requiere receta médica, que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta después de que vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento que requiere receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) por contener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecerle o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su *Formulario* para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de la salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare):

Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos que requieren receta médica. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original está compuesto de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Monto de ajuste mensual por ingresos (por sus siglas en inglés, IRMAA): si sus ingresos superan un límite determinado, usted pagará un monto de ajuste mensual por ingresos además de la prima de su plan. Por ejemplo, las personas que tengan ingresos superiores a \$85,000 y los matrimonios que tengan ingresos superiores a \$170,000 deben pagar una prima mayor por la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y por Medicare Parte B (seguro médico). Este monto adicional se denomina “monto de ajuste mensual por ingresos”. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare están afectadas; por lo tanto, la mayoría de la gente no paga una prima más alta.

Monto de desembolso máximo: el monto máximo de desembolso que usted paga durante el año calendario para los servicios médicos cubiertos. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto de desembolso máximo. Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alguna vez alcanzan este desembolso máximo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre su monto de desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se agrega a su prima mensual para cobertura de medicamentos de Medicare si usted no tiene cobertura acreditable (la cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) para un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto, siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos que requieren receta médica, usted no pagará una multa por inscripción tardía.

Si en algún momento usted pierde el subsidio por ingreso bajo (“Ayuda Adicional”), estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D, en el caso de que alguna vez se haya perdido la cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica por 63 días o más.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO): es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, MA)”.

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de Medicare voluntario. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica como la “Parte D”).

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada. El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención hospitalaria para pacientes internados en cualquier hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción inicial: el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años. Esto incluye el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después de dicho mes.

Personas de doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención de salud orientada a grupos de personas específicos, tales como los que tienen Medicare y Medicaid, viven en una casa de reposo o tienen determinadas enfermedades crónicas.

Plan de organización de proveedores preferidos (por sus siglas en inglés, PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados al plan por un monto específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. Los costos compartidos de los afiliados suelen ser más altos cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en sus costos de desembolso para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de desembolso combinados totales para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto/de demostración y los Programas Integrales de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (por sus siglas en inglés, SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen de manera ininterrumpida, o que se espera que así lo hagan, durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo. Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir un SNF, un centro de enfermería (por sus siglas en inglés, NF), un SNF/NF, un centro de atención intermedia para las personas con retraso mental o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Un plan institucional de necesidades especiales que preste servicios a los residentes de Medicare de los centros de atención a largo plazo deben tener un acuerdo contractual (o poseer y operar) con los centros de atención a largo plazo específicos.

Plan institucional equivalente de necesidades especiales: un plan institucional de necesidades especiales que inscribe personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requiere un nivel institucional de atención según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse por medio de la utilización de la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del estado y administrarse por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de residencia asistida contratada si fuera necesario para asegurar un sistema uniforme de prestación de atención especializada.

Plan Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, MA): a veces llamado Medicare Parte C, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, una PPO, un plan privado de pago por servicio o un plan con una cuenta de ahorros médicos de Medicare. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no son pagados conforme a Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos que requieren receta médica). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos que requieren receta médica**. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: un plan PACE (Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad) combina servicios sociales, médicos y de atención a largo plazo para personas cuyo estado de salud es delicado, para ayudarlas a permanecer independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a una casa de reposo) tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y los de Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para completar las “brechas” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el plan Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: pago periódico que se realiza a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica.

Programa de Descuento de la Brecha de Cobertura de Medicare: un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los afiliados a la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha de cobertura y que aún no estén recibiendo la “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por tal motivo, la mayor parte de los medicamentos de marca, pero no todos, reciben un descuento.

Prótesis y aparatos ortóticos: son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar por la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud que cuentan con licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos para los afiliados a nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que tiene con los proveedores, o si los proveedores aceptan proporcionarle a usted servicios cubiertos por el plan. También se puede hacer referencia a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro con los que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni son administrados por nuestro plan, así como tampoco son de propiedad de este, o no tienen contrato para prestar servicios cubiertos para usted. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este cuadernillo.

Queja: el nombre completo para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también la definición de “queja formal” en esta lista.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o una farmacia, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención de salud que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A y B.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapias del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios requeridos de urgencia: los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento.

Subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta médica. La tarifa de despacho cubre los costos, como el tiempo que el farmacéutico demora en preparar y empacar el medicamento que requiere receta médica.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento de un mes es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diario será de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte una receta médica.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.

Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Seniority Plus Amber II Premier (HMO SNP)

Forma de comunicación	Departamento de Servicios al Afiliado: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-431-9007 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería. El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
POR FAX	1-866-214-1992
POR CORREO	Health Net Medicare Programs P.O. Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
SITIO WEB	https://ca.healthnetadvantage.com

Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (SHIP de California)

El Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Forma de comunicación	Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-434-0222
TDD/TTY	1-800-735-2929 (Servicio de Retransmisión de Datos de California) o 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	<u>Las agencias específicas del condado están disponibles en este sitio web:</u> www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/hicap

Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites: Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder un formulario de recopilación de información, a menos que este tenga a la vista un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (por sus siglas en inglés, OMB). El número de control de la OMB válido para la recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.