

Clover Health

New Jersey

Clover Health

**Choice Value (PPO)
(042)**



Su Evidencia de Cobertura:

Todos los detalles de su

2025 New Jersey Clover Health Choice Value (PPO) (042)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Beneficios y servicios de salud de Medicare, y la cobertura de medicamentos con receta como miembro de *Clover Health Choice Value (PPO)*

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-888-778-1478. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos. Esta llamada es gratuita.

A este plan, Clover Health Choice Value (PPO), lo ofrece Clover Health. (En los lugares en que se habla de «nosotros», «a nosotros», o «nuestro» en esta *Evidencia de cobertura*, se hace referencia a Clover Health. En los lugares en que se habla de «plan» o «nuestro plan», se hace referencia a Clover Health Choice Value [PPO]).

El presente documento está disponible sin costo en español.

Es posible que los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2026.

El *Formulario de medicamentos*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los inscritos afectados con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se detallan los beneficios y derechos. Utilice este documento para conocer lo siguiente:

- la prima del plan y el costo compartido
- los beneficios de medicamentos con receta y médicos
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- cómo comunicarse con nosotros si necesita asistencia
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Y0129_24MX069C6_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vence: 31 de agosto de 2026)

Índice**Evidencia de cobertura 2025****Índice****CAPÍTULO 1: Introducción para miembros.....6**

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá.....	9
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales de Clover Health Choice Value (PPO)	12
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual	16
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de membresía del plan	18
SECCIÓN 7	¿Cómo funciona la cobertura si tiene otro seguro y nuestro plan?.....	19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes.....21

SECCIÓN 1	Contactos de Clover Health Choice Value (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios al Miembro)	22
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	29
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (para obtener ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	31
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	32
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	33
SECCIÓN 6	Medicaid	34
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	35
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	41
SECCIÓN 9	¿Tiene un «seguro grupal» u otro seguro de salud de un empleador?	42

CAPÍTULO 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos44

SECCIÓN 1	Lo que debe saber para obtener atención médica como miembro de nuestro plan	45
-----------	---	----

Índice

SECCIÓN 2	Utilizar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener atención médica.....	47
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe	51
SECCIÓN 4	¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de los servicios?	54
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un «estudio de investigación clínica»?	55
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico	58
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico durable.....	59
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>		62
SECCIÓN 1	Comprender los costos de desembolso directo de los servicios cubiertos	63
SECCIÓN 2	Use la tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto pagará	66
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	142
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>		147
SECCIÓN 1	Introducción.....	148
SECCIÓN 2	Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	149
SECCIÓN 3	Los medicamentos deben estar en la « <i>Lista de medicamentos</i> » del plan.....	154
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	157
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	159
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?	162
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?	166
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta	167

Índice

SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	168
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de las medicaciones	170

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D* 174

SECCIÓN 1	Introducción.....	175
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que usted se encuentre al recibir el medicamento	178
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de los medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted	179
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, paga el costo total de los medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5	181
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos de medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted	182
SECCIÓN 6	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....	187
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba	187

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 191

SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos	192
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió.....	195
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente	197

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 198

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	199
-----------	--	-----

Índice

SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	207
-----------	---	-----

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 209

SECCIÓN 1	Introducción	210
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	211
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?	211
SECCIÓN 4	Una guía para los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	212
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	216
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	227
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria prolongada si piensa que se le da el alta demasiado pronto	241
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto	248
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias	253
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes	257

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 263

SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan	264
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	264
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	268
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	269
SECCIÓN 5	Clover Health Choice Value (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	269

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 271

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	272
-----------	----------------------------------	-----

Índice

SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	272
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	273
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	274

CAPÍTULO 1:

Introducción para miembros

Capítulo 1: Introducción para miembros

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Clover Health Choice Value (PPO), un PPO de Medicare
--------------------	--

Medicare le brinda cobertura y eligió Medicare para obtener cobertura de medicamentos con receta y de atención médica a través de nuestro plan, Clover Health Choice Value (PPO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Clover Health Choice Value (PPO) es un plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa organización de proveedores preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este PPO de Medicare está aprobado por Medicare y funciona bajo el mando de una empresa privada.

La cobertura con este plan califica como cobertura médica calificadora (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) y Protección del Paciente. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en:

www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families.

Sección 1.2	¿De qué se trata el documento de <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

En este documento de *Evidencia de cobertura* se le informa cómo obtener atención médica y medicamentos con receta. Se explica cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención médica, a los servicios y a los medicamentos con receta que tendrá disponibles como miembro de Clover Health Choice Value (PPO).

Es importante que usted aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted.

Le recomendamos que dedique un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Capítulo 1: Introducción para miembros

Si la información le resulta confusa, le surgen inquietudes o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte del contrato que tenemos con usted respecto de cómo Clover Health Choice Value (PPO) cubre su atención. Otras partes del presente contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos* cubiertos (*Formulario de medicamentos*), y los avisos que le enviamos sobre los cambios en la cobertura o en las afecciones que afectan la cobertura. Estos avisos suelen denominarse *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato está en vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en Clover Health Choice Value (PPO) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Clover Health Choice Value (PPO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Clover Health Choice Value (PPO) cada año. Cada año, usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare vuelva a aprobarlo.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre que reúna los siguientes requisitos:

- Cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicios (en la sección 2.2, que se encuentra a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.

Capítulo 1: Introducción para miembros

- Es un ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2	Esta es el área de servicio del plan Clover Health Choice Value (PPO)
--------------------	--

Clover Health Choice Value (PPO) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Nueva Jersey: Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Gloucester, Hunterdon, Ocean, y Salem.

Si piensa mudarse fuera del área de servicio, no podrá permanecer como miembro del plan. Comuníquese con Servicios al Miembro para consultar si cuentan con un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede buscar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la sección 5 del capítulo 2.

Sección 2.3	Ciudadano estadounidense o con presencia legal
--------------------	---

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o tener una presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Clover Health Choice Value (PPO) si usted no es elegible para continuar siendo miembro según este requisito. Clover Health Choice Value (PPO) tiene la obligación de cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá
------------------	---

Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan
--------------------	---

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por el plan y que obtenga medicamentos con receta en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si

Capítulo 1: Introducción para miembros

corresponde. La siguiente es una tarjeta de membresía como ejemplo para mostrarle el aspecto que tendrá la suya:

Clover Health <Plan_Name> <(Type)> <(Plan_#)> <First_Name> <Middle_I> <Last_Name> Member ID <CP_ID> Issuer ID 80840 RXBIN 004336 RXPCN MEDDADV RXGRP <RX_GRP>						Member Services: 1-888-778-1478 (TTY 711)	
Copay In Out Copay In Out PCP Office Visit <PCP1> <PCP2> Specialist Visit <SPE1> <SPE2> ER Visit <ER1> <ER2> Urgent Care <UC1> <UC2>				Provider Services 1-877-853-8019 cloverhealth.com/providers Submit Claims (Medical) Clover Health Claims P.O. Box 21164 Eagan, MN 55121			
				CVS Caremark® Pharmacy Services <CVS_Phone> Submit Claims (Pharmacy) CVS Caremark - Part D Services P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072 Preferred Labs: LabCorp: 1-855-LabCorp (1-855-522-2677) Quest: 1-866-MYQUEST (1-866-697-8378)			
CMS-<Contract_ID>-<Plan_#> Plan Year: 2025 MedicareRx Prescription Drug Coverage				Claims EDI# 13285 Medicare limiting charges apply. my.cloverhealth.com			

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para recibir los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro del presente plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Clover Health Choice Value (PPO), es posible que deba pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios del centro de cuidados paliativos o para participar en estudios rutinarios de investigación (ensayos clínicos) autorizados por Medicare.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*

El *Directorio de proveedores* tiene una lista actual de los proveedores de la red y de los prestadores de equipos médicos durables. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos durables, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros por el cual aceptan nuestro pago y todos los costos compartidos del plan como pago completo.

Como miembro de nuestro plan, usted puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde a usted de los costos por los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el capítulo 3 (*Uso de*

Capítulo 1: Introducción para miembros

la cobertura del plan para sus servicios médicos) para obtener información más específica.

La lista más reciente de proveedores y prestadores está disponible en nuestro sitio web: www.cloverhealth.com/doctors.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicios al Miembro (en formato electrónico o impreso). Las solicitudes de copia impresa de los *Directorios de proveedores* se le enviarán por correo postal en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias</i>
--------------------	---------------------------------------

El *Directorio de farmacias* cuenta con una lista de las farmacias de la red y puede encontrarla en www.cloverhealth.com/pharmacy. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado suministrar los medicamentos con receta cubiertos a nuestros miembros del plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede acudir a farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene una copia del *Directorio de farmacias*, puede solicitar una a Servicios al Miembro. También puede buscar esta información en nuestro sitio web: www.cloverhealth.com/pharmacy.

Sección 3.4	<i>La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos) del plan</i>
--------------------	--

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*. La denominamos *Lista de medicamentos* para abreviar. En ella se indica qué medicamentos con receta de la Parte D tienen la cobertura del beneficio de la Parte D incluido en Clover Health Choice Value (PPO). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la «Lista de medicamentos» de Clover Health Choice Value (PPO).

En la *Lista de medicamentos* también se indica si hay alguna regla que restringe la cobertura de sus medicamentos.

Capítulo 1: Introducción para miembros

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 (www.cloverhealth.com/formulary) o llamar a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Clover Health Choice Value (PPO)

Los costos pueden incluir los siguientes:

- prima del plan (sección 4.1)
- prima de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- penalización por inscripción tardía de la Parte D (sección 4.3)
- monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (sección 4.4)
- monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Entre ellos se incluyen el programa «Extra Help» (Ayuda adicional) y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. *O bien*, el programa «Extra Help» (Ayuda adicional) ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. La sección 7 del capítulo 2 ofrece más información sobre este programa. Si cumple con los requisitos, inscribirse en el programa puede reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **la información sobre primas de esta Evidencia de cobertura no es aplicable a usted**. Le enviamos un documento aparte, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help (Ayuda adicional) para pagar medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que le explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro y solicite la Cláusula adicional LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas revise la sección llamada *Costos de Medicare para 2025* de su copia del manual *Medicare y usted 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE

Capítulo 1: Introducción para miembros

(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 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de Clover Health Choice Value es de \$56.90.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir como miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** de la Parte D. La penalización por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento, una vez finalizado el periodo de inscripción inicial, transcurre un plazo de 63 días o más consecutivos en los que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. La «cobertura de medicamentos con receta acreditable» es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía dependerá de la cantidad de meses en los que estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Deberá pagar esta penalización siempre y cuando tenga la cobertura de la Parte D.

La penalización por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Clover Health Choice Value (PPO), le informaremos el monto de la penalización.

No deberá pagarla si:

Capítulo 1: Introducción para miembros

- Recibe «Extra Help» (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta.
 - Transcurrieron menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable.
 - Tuvo una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). La aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si la cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información se puede enviar en una carta o incluir en un boletín del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Nota:** Se debe indicar en todos los avisos que tiene una cobertura de medicamentos con receta acreditable y que se espera que pague al menos lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Los siguientes no corresponden a una cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.

Medicare determina el monto de la penalización. A continuación, se describe cómo funciona:

- Si transcurrieron 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de que se volvió elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La penalización es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país a partir del año anterior. El monto promedio de la prima es \$36.78 para 2025.
- Para calcular la penalización mensual, multiplique el porcentaje de penalización y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. Se redondea a \$5.15. Se agregaría este monto **a la prima mensual de alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

Capítulo 1: Introducción para miembros

Hay tres asuntos importantes para tener en cuenta sobre esta penalización por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- En primer lugar, **la penalización puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar.
- En segundo lugar, **continuará pagando una penalización** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe los beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tiene cobertura después del periodo de inscripción inicial para la inscripción en Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía de la Parte D, usted o un representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de recibimiento de la primera carta en la que se indique que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una penalización antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalización por inscripción tardía.

Sección 4.4	Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso
--------------------	---

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula con los ingresos brutos modificados según se informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este ingreso supera cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que debe pagar en función de los ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional. El monto adicional se retendrá del cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Administración del Personal, sin importar la forma en que suele pagar la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto

Capítulo 1: Introducción para miembros

adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará la inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura por parte de su plan de salud o de medicamentos por los medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). La factura mensual corresponde a lo que debe por los medicamentos con receta que recibe, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

En la sección 7 del capítulo 2 se brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado mediante esta opción de pago, puede seguir los pasos que figuran en el capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual
------------------	---

Sección 5.1	Hay varias maneras de pagar la prima del plan
--------------------	--

Hay tres maneras de pagar la prima del plan.

Opción 1: puede pagar con cheque.

- Todos los meses recibirá por correo un estado de cuenta en el que se indica la prima. Debe enviarnos su cheque o giro postal, a nombre de Clover Health, antes del 1 de cada mes. Indique su número de id. del miembro en el cheque y envíe el pago por correo a: Clover Health, PO Box 824710, Philadelphia, PA 19182-4710.
- No envíe el cheque al domicilio de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Capítulo 1: Introducción para miembros

Opción 2: puede pagar mediante retiros automáticos mensuales de su cuenta bancaria.

- En lugar de pagar con cheque, puede solicitar que la prima se debite de forma automática de su cuenta bancaria. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información adicional para pagar la prima del plan mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT).
- Clover Health deducirá de forma automática la prima alrededor del día 5 de cada mes (si el día 5 cae un fin de semana, la deducción puede realizarse el siguiente día hábil).

Opción 3: puede deducir la prima del plan del cheque mensual del Seguro Social.

Cambio en la forma en que paga la prima.

Si cambia la opción de pago de su prima, debe esperar hasta tres meses para que entre en vigencia el nuevo método de pago. Mientras procesamos la solicitud por un nuevo método de pago, usted será responsable de garantizar que la prima se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios al Miembro al 1-888-778-1478.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios al Miembro para consultar si podemos indicarle programas que le ofrecerán ayuda con los costos.

En el momento en que terminamos su membresía, es posible que aún nos deba la penalización que no ha pagado.

Tenemos el derecho de cobrar el monto que debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que debe antes de inscribirse.

Si cree que hemos terminado su membresía de manera injustificada, puede presentar una queja; consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y que provocó que no pudiera pagar la prima, si la debía, puede presentar una queja dentro de nuestro periodo de gracia. Si presenta una queja, revisaremos nuestra decisión. La sección 10 del capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-888-778-1478, entre las 8 a. m. y las 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de

Capítulo 1: Introducción para miembros

TTY/TDD deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2	¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

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

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar a lo largo del año. Esto sucede si es elegible para el programa «Extra Help» (Ayuda adicional) o si pierde la elegibilidad para el programa «Extra Help» (Ayuda adicional) durante el año. Si un miembro cumple con los requisitos para recibir «Extra Help (Ayuda adicional)» con los costos de sus medicamentos con receta, el programa «Extra Help (Ayuda adicional)» pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa «Extra Help» (Ayuda adicional) en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de membresía del plan
------------------	---

Los registros de membresía contienen la información del formulario de inscripción, que incluye el domicilio y el número de teléfono. Allí se muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria/grupo médico/Asociación de Médicos Independientes (IPA).

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 el registro de membresía para saber qué servicios y qué medicamentos están cubiertos, y los montos de costo compartido que le corresponden.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su domicilio o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización para trabajadores o Medicaid).

Capítulo 1: Introducción para miembros

- Si tiene reclamos de responsabilidad, como los que generan los accidentes automovilísticos.
- Si se lo ingresó en un hogar para adultos mayores.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera de la red o fuera del área.
- Si cambia el responsable designado (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene que informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que quiere participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información se modifica de algún modo, comuníquelo a Servicios al Miembro.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede buscar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la sección 5 del capítulo 2.

SECCIÓN 7 ¿Cómo funciona la cobertura si tiene otro seguro y nuestro plan?

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información acerca de cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le ofrece nuestro plan. A esto se lo llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera todas las otras coberturas de seguro de salud o de medicamentos que sabemos que usted tiene. Lea esta información con atención. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está enumerada, comuníquese con Servicios al Miembro. Es posible que deba brindar su número de id. del miembro del plan a las otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad), de modo que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud del grupo de empleador), existen reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan paga primero o lo hace el otro seguro. El seguro que paga primero se llama el «pagador primario» y paga hasta

Capítulo 1: Introducción para miembros

alcanzar los límites de su cobertura. El que paga segundo se llama el «pagador secundario» y solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los costos que no están cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas afectan la cobertura del plan de salud grupal por parte de un empleador o sindicato:

- Si usted cuenta con una cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, del número de empleados del empleador, y de si usted recibe Medicare por su edad, por discapacidad o por tener una enfermedad renal en fase terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años, tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador que pertenece a un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador que pertenece a un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene una ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los 30 meses iniciales después de que sea elegible para recibir los beneficios de Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin atribución de culpabilidad (incluye seguro del automotor).
- Responsabilidad civil (incluye seguro del automotor).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización para trabajadores.

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y recursos
importantes*

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Clover Health Choice Value (PPO)
(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse
con Servicios al Miembro)

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de nuestro plan

Para recibir asistencia con los reclamos, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de Clover Health Choice Value (PPO). Nos complace brindar asistencia.

Método	Servicios al Miembro: información de contacto
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos. Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Member Services PO Box 21164 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura o una apelación sobre la atención médica

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información acerca de cómo solicitar que tomemos decisiones de cobertura o apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
FAX	1-800-308-1107 para las decisiones de cobertura para la atención médica 1-732-412-9706 para las apelaciones para la atención médica
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Utilization Management PO Box 21672 Eagan, MN 55121 o BIEN, Clover Health Attention: Appeals Department PO Box 21672 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Attention: Part D Appeals and Exceptions PO Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.cloverhealth.com/part-d

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o de las farmacias o los proveedores de la red, incluso una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no involucra conflictos sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
FAX	1-551-227-3962
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Grievance Department PO Box 21164 Eagan, MN 55121 qualityteam@cloverhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Clover Health Choice Value (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de los medicamentos con receta de la Parte D

Método	Quejas acerca de los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
FAX	1-866-217-3353
ESCRIBA A	CVS Caremark Medicare Part D: Grievances P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Clover Health Choice Value (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o el medicamento que haya recibido

Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura del proveedor) que cree que debemos pagar nosotros, es posible que necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) para obtener más información.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitud de pago por la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Medical Claims PO Box 21164 Eagan, MN 55121 claims@cloverhealth.com
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

Método	Solicitud de pago por los medicamentos con receta: información de contacto
LLAME AL	1-855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitud de pago por los medicamentos con receta: información de contacto
FAX	1-855-230-5549
ESCRIBA A	Medicare Part D Paper Claims PO Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (algunas veces denominados «CMS»). Esta agencia realiza contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluso nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Ofrece información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias para adultos mayores, médicos, agencias de atención domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede buscar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada acerca de la elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas: ● Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información de la condición de elegibilidad en Medicare. ● Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una estimación de lo que podrían ser sus costos de desembolso directo en planes de Medicare diferentes. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Clover Health Choice Value (PPO): ● Dígale a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Clover Health Choice Value (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, es posible que en la biblioteca o el centro para adultos mayores de su localidad le permitan usar la computadora para visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y decirles qué información busca. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (para obtener ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Nueva Jersey, el SHIP se llama SHIP de Nueva Jersey.

El SHIP de Nueva Jersey es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIP de Nueva Jersey pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento, y a solucionar problemas respecto de sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP de Nueva Jersey también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder a preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en «SHIP LOCATOR» (LOCALIZADOR DE SHIP) en el medio de la página).
- Seleccione su «**STATE**» (**ESTADO**) en la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	SHIP de Nueva Jersey: información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820 (solo dentro del estado); 1-877-222-3737 (fuera del estado)
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	Division of Aging and Community Services Department of Health PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	https://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Nueva Jersey, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para comprobar y mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si considera que la cobertura correspondiente a su estadía hospitalaria finaliza demasiado pronto.
- Si piensa que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) terminan demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Nueva Jersey): información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 De lunes a viernes: de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local) De sábados a domingos: de 10 a. m. a 4 p. m. (hora local)
TTY/TDD	711 Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Rd, Ste 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/new_jersey

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en fase terminal, y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para recibir los beneficios de Medicare. Si ya recibe cheques de Seguro Social, la inscripción para ingresar a Medicare es automática. Si no recibe cheques de Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social de su localidad.

El Seguro Social también determina quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener un ingreso mayor. Si recibió una carta del Seguro Social que dice que usted tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos bajaron debido a un acontecimiento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su domicilio postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para avisarles.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para recibir información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a determinadas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para recibir los beneficios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos «Programas de Ahorros de Medicare» incluyen los siguientes:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB):** Permite pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificadora (QI):** Permite pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas discapacitadas y empleadas (QDWI):** Permite pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Medicaid de Nueva Jersey.

Método	Medicaid de Nueva Jersey: información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0710 Lunes y jueves de 8 a. m. a 8 p. m. Martes, miércoles y viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	NJ Department of Human Services PO Box 712 Trenton, NJ 08625-0712

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicaid de Nueva Jersey: información de contacto
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid

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

En el sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) se detalla información sobre cómo reducir los costos de medicamentos con receta. También hay otros programas para asistir a las personas con ingresos limitados que se describen a continuación.

Programa «Extra Help» (Ayuda adicional) de Medicare

Medicare les proporciona «Extra Help» (Ayuda adicional) a las personas que tienen ingresos y recursos limitados para pagar los costos de los medicamentos con receta. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su vivienda o su carro. Aquellos que cumplen con los requisitos obtienen ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta. Esta «Extra Help» (Ayuda adicional) también cuenta para los costos de desembolso directo.

Si cumple con los requisitos de manera automática para recibir «Extra Help» (Ayuda adicional), Medicare le enviará una carta. No deberá solicitarla. Si no cumple con los requisitos de manera automática, es posible que pueda recibir «Extra Help» (Ayuda adicional) para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para consultar si cumple con los requisitos para recibir «Extra Help» (Ayuda adicional), llame:

- 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.
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (En la sección 6 de este capítulo encontrará la información de contacto).

Si considera que cumplió con los requisitos para recibir «Extra Help» (Ayuda adicional) y cree que paga un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, usted puede solicitar asistencia (a través de

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

un proceso que nuestro plan ha establecido) para obtener las pruebas de su nivel de copago correcto o, en el caso de que ya tenga las pruebas, brindárnoslas.

Si necesita asistencia para obtener las pruebas que se enumeran a continuación, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en el reverso de este folleto. Si ya tiene las pruebas, envíe una copia por correo postal a: Clover Health, PO Box 21164, Eagan, MN 55121.

Algunos ejemplos de pruebas pueden ser cualquiera de los siguientes:

- Una copia de la tarjeta Medicaid del beneficiario que incluye el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirma la condición activa de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica estatal que muestra la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestra la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Otra documentación brindada por el estado que muestra la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que muestra que la persona recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Una copia de la solicitud presentada por el aviso elegible estimado que confirma que el beneficiario es automáticamente elegible para obtener Extra Help (Ayuda adicional).

Si está institucionalizado o es una persona que recibe la Exención para Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS):

- Una remisión del centro que muestra el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona al centro durante un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestra la categoría institucional de la persona basada en, al menos, un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Un aviso de acción, aviso de determinación o aviso de inscripción emitido por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para la HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- un plan de servicio de HCBS aprobado por el estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia a partir del mes posterior a junio del año calendario anterior
- una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para la HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia a partir del mes posterior a junio del año calendario anterior
- Otra documentación brindada por el estado que muestre la condición de elegibilidad de la HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Un documento emitido por el estado, como un consejo de envío de remesas, que confirma el pago a HCBS, incluido el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- Cuando nosotros recibamos las pruebas que muestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga un monto adicional de su copago, nosotros se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto adicional o se lo compensaremos en los próximos copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y usted se lo debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene preguntas.

¿Qué sucede si usted recibe «Extra Help» (Ayuda adicional) y cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un SPAP, la «Extra Help» (Ayuda adicional) de Medicare paga primero. El SPAP de Nueva Jersey se conoce como Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores y con Discapacidad (PAAD).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**¿Qué sucede si usted tiene «Extra Help» (Ayuda adicional) y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?****¿Qué es el ADAP?**

El ADAP ayuda a las personas elegibles que padecen de VIH/sida a acceder a las medicaciones para el VIH que permiten salvar sus vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el *Formulario de medicamentos* del ADAP cumplen con los requisitos para recibir asistencia de costos compartidos para los medicamentos con receta a través del Programa de Distribución de Medicamentos Contra el Sida (ADDP) de Nueva Jersey.

Nota: para ser elegibles para recibir los beneficios de ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos requisitos, que incluyen prueba de residencia en ese estado y de condición respecto al VIH, comprobante de bajos ingresos según lo define el estado, y pruebas de que no tiene seguro o tiene un seguro que cubre poco. Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripción del ADAP local para continuar con la asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADDP de Nueva Jersey por teléfono al 1-877-613-4533, o en línea en www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que permiten que algunas personas paguen los medicamentos con receta basándose en la necesidad financiera, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Nueva Jersey, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores y con Discapacidad (PAAD) y el Programa de Descuentos para Recetas Senior Gold de Nueva Jersey.

Método	Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores y con Discapacidad (PAAD) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Nueva Jersey): información de contacto
LLAME AL	1-800-792-9745 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
TTY/TDD	711

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores y con Discapacidad (PAAD) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Nueva Jersey): información de contacto
ESCRIBA A	PAAD-HAAAD Department of Human Services P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/l-p/paad/

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de Descuentos para Recetas Senior Gold de Nueva Jersey: información de contacto
LLAME AL	1-800-792-9745 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	New Jersey Department of Health and Senior Services Senior Gold Prescription Discount Program P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/senior-gold/

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo de todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos.** La «Extra Help» (Ayuda adicional) de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP para aquellos que cumplen con los requisitos son más beneficiosas que la participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, sin importar el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es la adecuada para usted.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto
LLAME AL	855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
ESCRIBA A	PO Box 7 Pittsburgh PA 15230
SITIO WEB	caremark.com/mppp

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es un organismo federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de todo el país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les comunique si se muda o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, póngase en contacto con el organismo.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona «0», puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) de 9 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. el miércoles. Si presiona «1», puede acceder a la línea de ayuda (HelpLine) automática y a la información grabada de RRB las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un «seguro grupal» u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtienen beneficios de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al Miembro si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de las primas o los beneficios de salud de su empleador o de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho); también puede preguntar acerca del periodo de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare con este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su grupo del empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su atención médica esté cubierta. Se proporcionan definiciones de los términos y una explicación de las reglas que deberá respetar para obtener tratamientos y servicios médicos, el equipo, los medicamentos con receta y otro tipo de atención médica cubierta por el plan.

Para obtener detalles acerca de qué tipo de atención médica cubre el plan y cuánto paga cuando obtiene la atención, consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, el capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica con licencia proporcionada por el estado para brindar servicios y atención médica. El término «proveedores» también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y el monto que usted paga de costo compartido como pago total. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente la atención que le dan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solo la parte que le corresponde a usted del costo por los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, Clover Health Choice Value (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Clover Health Choice Value (PPO) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Recibe la atención de un proveedor elegible para brindar servicios conforme a Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la sección 2 de este capítulo).
- Los proveedores de nuestra red figuran en el Directorio de proveedores (www.cloverhealth.com/doctors).
- Si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde a usted de los costos por los servicios cubiertos puede ser mayor.
- Tenga en cuenta lo siguiente: si bien puede obtener atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Utilizar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener atención médica

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué es lo que hace el PCP por usted?

Un proveedor de atención primaria (PCP) es una persona a la que usted acude para todas sus necesidades médicas básicas, como atención preventiva, enfermedades y visitas por lesiones. Si bien nuestro plan no requiere que seleccione un PCP, le recomendamos que lo haga, ya que obtiene muchos beneficios al tener uno. Un PCP con frecuencia lo ayudará con las remisiones a especialistas y proveedores de atención de salud conductual. Un PCP también puede coordinar el acceso a los servicios hospitalarios cuando sea necesario. Cuando se necesita autorización previa para recibir un servicio, su PCP debe ponerse en contacto con nosotros antes de que usted reciba los servicios para determinar si estarán cubiertos.

Nuestros proveedores de la red designan cuando eligen actuar como PCP para nuestros miembros e incluyen:

- médico de práctica general
- médico de práctica familiar
- médico de medicina interna
- enfermeros profesionales (NP) y asistentes médicos (PA) que forman parte de las prácticas de atención primaria

Dado que su PCP brindará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos pasados al consultorio del PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede seleccionar un PCP en el momento de la inscripción o en cualquier otro momento del Directorio de proveedores que se encuentra en www.cloverhealth.com/doctors, o comuníquese con Servicios al Miembro a los números de teléfono que figuran en la contraportada de este folleto.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar a un nuevo PCP en nuestro plan o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar de PCP o si necesita ayuda para buscar un nuevo PCP, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Durante la llamada, informe a Servicios al Miembro si consulta a un especialista o si actualmente recibe otros servicios cubiertos coordinados por su PCP. En el momento de la llamada, su registro de membresía se actualizará para mostrar el nombre de su nuevo PCP.

Sección 2.2	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	---

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad específica o ciertas partes del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, los músculos o las articulaciones.
- Como miembro de nuestro plan, no necesita que su PCP le otorgue una remisión para consultar a un especialista; sin embargo, su PCP puede ayudarlo a decidir a qué especialista, centro u otro proveedor de atención médica debe acudir para recibir un tratamiento especializado.
- Para ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP y otros proveedores deberán obtener la autorización previa (aprobación previa) de Clover Health. Estos servicios cubiertos están en la tabla de beneficios, en el capítulo 4.

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

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

Durante el año podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Si su médico o especialista abandonan el plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proveamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si lo atendió en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo atendió en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que pueda acceder a una atención continua.
- Si actualmente está bajo tratamiento médico o recibe terapias con el proveedor actual, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que esté recibiendo. Trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de dicho tratamiento o terapias.
- Le brindaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor que maneje su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que no maneja su atención de manera adecuada, usted tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja de la calidad de atención al plan, o ambas opciones. Consulte el capítulo 9.

Sección 2.3**Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red**

Como miembro de nuestro plan, usted puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde a usted de los costos por los servicios cubiertos puede ser mayor.** A continuación le indicamos otros aspectos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede obtener atención por parte de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención por parte de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.
- No es necesario obtener una remisión o autorización previa cuando recibe atención por parte de los proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que desee solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte la sección 4 del capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante por lo siguiente:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si luego determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja) para saber cómo presentar una apelación.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Sin embargo, si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le

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

envía una factura que usted cree que debemos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

- Si utiliza un proveedor fuera de la red para la atención de emergencia, servicios de atención de urgencia, o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un monto de costo compartido más alto. Consulte la sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica
--

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer usted si se le presenta una?

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente y que tenga un conocimiento promedio de la salud y la medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad, o la pérdida o problema grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez.

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

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. No necesita obtener una remisión ni aprobación con anterioridad de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y por parte de cualquier proveedor con una licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red. Este plan también ofrece cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se le avise a su plan respecto de su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos, por lo general dentro de las primeras 48 horas, para informarnos sobre su atención de emergencia al 1-888-778-1478 (solo TTY/TDD, llame al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.

¿Qué se cubre si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar hasta la sala de emergencias de alguna otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez concluida la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Los médicos continuarán con el tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y formulen planes de atención adicional. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento.

Si recibe la atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido fuera de la red más alto.

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

Algunas veces puede ser difícil saber si tiene una verdadera emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico le podría decir, después de todo, que no era una emergencia médica. Si resultó que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado de forma razonable que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico haya dicho que no se trata de una emergencia, el monto de costo compartido que usted paga dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de los proveedores de la red, la parte que le corresponde a usted de los costos será, generalmente, menor que si recibe la atención de los proveedores fuera de la red.

Sección 3.2	Obtener atención cuando se le presenta una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los «servicios de urgencia»?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal.

Si necesita asistencia para buscar servicios de atención de urgencia, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en el reverso de este folleto, o visite www.cloverhealth.com/doctors para localizar un proveedor de la red.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias descritas en la tabla de beneficios médicos del capítulo 4, en las secciones Atención de emergencia y Servicios de urgencia.

Sección 3.3	Obtener atención durante una catástrofe
--------------------	--

Si el gobernador de su estado, la secretaria de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.ready.nj.gov para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe.

Si no puede acceder a un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de atención dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

SECCIÓN 4	¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de los servicios?
------------------	--

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

Si pagó más que el costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo completo
--------------------	---

Clover Health Choice Value (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en la tabla de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos con limitación de beneficio, usted también paga el costo completo de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio por

ese tipo de servicio cubierto. Una vez que haya alcanzado un límite de beneficios, cualquier servicio por el que pague el costo completo no contará para su máximo de desembolso directo. Puede llamar a Servicios al Miembro cuando desee conocer el monto de su límite del beneficio que ya ha utilizado.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un «estudio de investigación clínica»?
--

Un estudio de investigación clínica (llamado también «ensayo clínico») es una forma que tienen los médicos y científicos de evaluar los tipos nuevos de atención médica, como la eficacia de un medicamento nuevo contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted muestre interés, una persona que trabaje en él se pondrá en contacto para explicarle en detalle en qué consiste el estudio y determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos necesarios, y además comprenda y acepte completamente lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba durante su participación en el estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el monto del costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación que demuestre el importe que pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de los servicios de atención (es decir, la atención que no se relaciona con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo informe u obtenga la aprobación de nuestro plan o de su PCP. Los proveedores que proporcionen su atención como parte del estudio de investigación

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

clínica no necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no es necesario obtener el permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos de Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos avise con anticipación cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2	¿Quién paga cada cosa cuando participa en un estudio de investigación clínica?
--------------------	---

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio; esto incluye:

- habitación y alojamiento durante la estadía hospitalaria que Medicare pagaría aunque no participara en el estudio
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación
- tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por los servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y los costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de los costos compartidos que pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pagos.

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

A continuación, se muestra un ejemplo del funcionamiento del costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que la parte que le corresponde a usted de los costos de dicho análisis es de \$20 dentro de Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el \$20 de copago requerido por Medicare Original. A continuación, debería notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, el pago neto es \$10; es decir, es el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago por parte del plan, debe presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare no pagará los artículos o servicios nuevos que se evalúen en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aun si usted no participó en un estudio.
- Los artículos o los servicios provistos solo para recopilar datos y que no se usen para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computadas (TC) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica por lo general requiere solo una TC.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para los inscritos en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en:

www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención médica sin carácter médico?
-------------	---

Una institución religiosa de atención médica sin carácter médico es un centro que brinda atención para una afección que por lo general se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, le brindaremos cobertura de la atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2	Atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico
-------------	--

Para obtener atención de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico, usted debe firmar un documento legal que indique que usted se opone de forma consciente a recibir un tratamiento médico no excluido.

- La atención médica o el tratamiento **no excluido** es cualquier atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no obligatorio* según las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico **excluido** es la atención médica o el tratamiento que se recibe y que *no es voluntario* o *es obligatorio* según las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir la cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El establecimiento que proporcione la atención debe contar con una certificación de Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos no religiosos de la atención.

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

- Si usted recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un establecimiento, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria como paciente hospitalizado o de atención en un centro de enfermería especializada.
 - Además, debe obtener aprobación previa de su plan antes de que se lo ingrese al establecimiento, de otra manera su estadía no se cubrirá.

Recibe cobertura por un número ilimitado de días de servicios de hospitalización médicamente necesarios. Consulte el capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico durable

Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico durable después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	---

El término equipo médico durable (DME) hace referencia a artículos, tales como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones accionados, muletas, insumos para diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. Los miembros siempre poseen ciertos artículos, tales como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que deben alquilarse.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de DME serán propietarias de dicho equipo después de pagar los copagos correspondientes al artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Clover Health Choice Value (PPO), por lo general no será dueño de los artículos alquilados de DME independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si efectuó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para el equipo médico durable si cambia a Medicare Original?

Si no adquirió como propio el artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiarse a Medicare Original para poder adquirirlo como propio. Los pagos realizados mientras está inscrito en el plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted se encontraba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se vuelva a inscribir en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si cumple con los requisitos para obtener la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Clover Health Choice Value (PPO) cubrirá lo siguiente:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y de contenidos de oxígeno
- conductos y accesorios relacionados con el oxígeno para la entrega de oxígeno y de contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona Clover Health Choice Value (PPO) o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, se devolverá el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Medicare Original?

En Medicare Original se requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el prestador se encarga del equipo y del mantenimiento (usted aún es responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma empresa o ir a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si se queda con la misma empresa, lo que requiere que efectúe copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

SECCIÓN 1 Comprender los costos de desembolso directo de los servicios cubiertos

En este capítulo se encuentra una tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos e indican cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Clover Health Choice Value (PPO). Más adelante en este capítulo, puede buscar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información sobre los pagos que se brinda en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso directo que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos.

- El **copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe pagar un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos que se encuentra en la sección 2 le brinda más detalles sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos que se encuentra en la sección 2 le brinda más detalles sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para obtener Medicaid o que participan del programa beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar la prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB al proveedor, si corresponde.

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

En nuestro plan, hay dos límites diferentes respecto al monto que tiene que pagar de desembolso directo por los servicios médicos cubiertos:

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

- El **monto máximo de desembolso directo dentro de la red** es \$9,350. Esto es la cantidad máxima que usted paga durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de los proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de los proveedores de la red cuentan a favor de este monto máximo de desembolso directo dentro de la red. (Los montos que paga por su prima del plan, la penalización por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para el monto máximo de desembolso directo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de desembolso directo dentro de la red. Estos servicios se marcan con un asterisco en la tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$9,350 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red, ya no tendrá ningún costo de desembolso directo durante el resto del año cuando acuda a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan, la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).
- El **monto máximo de desembolso directo combinado** es \$14,000. Esto es la cantidad máxima que usted paga durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de los proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos cuentan a favor del monto máximo de desembolso directo combinado. (Los montos que paga por la prima del plan, si corresponde, y por los medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo de desembolso directo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de desembolso directo combinado. Estos servicios se marcan con un asterisco en la tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$14,000 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100 % y no tendrá ningún costo de desembolso directo durante el resto del año en lo que respecta a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una factura de saldos**

Como miembro de Clover Health Choice Value (PPO), una protección importante para usted es que solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por su plan. Es posible que los proveedores no agreguen cargos adicionales por separado, denominados facturación de saldos. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, se describe cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces solo deberá pagar dicho monto por los servicios cubiertos que reciba de un proveedor de la red. Por lo general, tendrá que pagar copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca deberá pagar un monto mayor que dicho porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si obtiene los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo que se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pero que participa en Medicare, usted deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores participantes.
 - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, entonces deberá pagar el monto del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores no participantes.
- Si considera que un proveedor le ha facturado cargos adicionales, llame a Servicios al Miembro.

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

SECCIÓN 2 Use la tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto pagará

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

En la tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes se enumeran los servicios que cubre Clover Health Choice Value (PPO) y lo que usted paga de desembolso directo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se aborda en el capítulo 5. Los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben brindarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los insumos, el equipo y los medicamentos con receta de la Parte B) 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 afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un periodo mínimo de transición de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (algunas veces se denomina autorización previa) de Clover Health Choice Value (PPO).
- Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa para estar cubiertos como servicios dentro de la red están marcados en **negritas** en la tabla de beneficios médicos.
- Nunca necesita aprobación previa para los servicios fuera de la red por parte de los proveedores fuera de la red.
- Si bien no necesita aprobación previa para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.
- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios:

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

- Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo que se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pero que participa en Medicare, usted deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores participantes.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores no participantes.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, paga más en nuestro plan que en Medicare Original. Para otros, paga menos. (Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual *Medicare y usted 2025*. Véalo en Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- En el caso de los servicios preventivos que están cubiertos sin costo alguno por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o se le controla por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por dicha afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura para un nuevo servicio durante el año 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente qué beneficios puede ser elegible para recibir.

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

 Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Evaluación de detección de aneurisma aórtico abdominal Es una evaluación de detección con ultrasonido por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica para realizar la prueba.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir esta evaluación de detección preventiva.

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

Acupuntura para el dolor lumbar crónico

DENTRO DE LA RED

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

\$2 de copago

Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare conforme a las siguientes circunstancias:

FUERA DE LA RED

\$35 de copago

A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como lo siguiente:

- Dura 12 semanas o más.
- No es específico, en el sentido en que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).
- No se asocia con una cirugía.
- No se asocia con un embarazo.

Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren un progreso. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.

Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o presenta un retroceso.

Requisitos de los proveedores:

Los médicos, como se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley), pueden realizar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales adecuados.

Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS), como se identifica en el artículo 1861 (aa) (5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
con todos los requisitos estatales adecuados y cuentan con lo siguiente:	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión para la Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para realizar acupuntura en un estado, territorio o estado independiente (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo requerido en los reglamentos del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el establecimiento adecuado más cercano donde se pueda proporcionar la atención, solo si dichos servicios se brindan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte pondrían	DENTRO DE LA RED \$350 de copago por cada servicio de transporte terrestre de ida cubierto por Medicare \$350 de copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare FUERA DE LA RED \$350 de copago por cada servicio de transporte

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Las reglas de autorización previa se aplican a los servicios de ambulancia que no son de emergencia.	terrestre de ida cubierto por Medicare \$350 de copago por cada servicio de transporte aéreo de ida cubierto por Medicare
 Visita de bienestar anual Si tiene la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: su primera visita de bienestar anual no puede programarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva «Bienvenido a Medicare». Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita «Bienvenido a Medicare» para que se cubran las visitas de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas de bienestar anuales.
 Densitometría ósea Para las personas que cumplan con los requisitos (por lo general, las que están en riesgo de perder masa ósea o de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios se cubrirán cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para las densitometrías óseas cubiertas por Medicare.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Evaluación de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • una mamografía inicial para mujeres entre 35 y 39 años de edad • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y mayores • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con un pedido del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	DENTRO DE LA RED \$10 de copago por cada visita cardíaca cubierta por Medicare \$10 de copago por el servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare FUERA DE LA RED \$40 de copago por cada visita cardíaca cubierta por Medicare \$40 de copago por el servicio de rehabilitación

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	cardíaca intensiva cubierto por Medicare
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede hablarle sobre el consumo de la aspirina (si es adecuado), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que coma bien.	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio preventivo de la terapia intensiva del comportamiento de la enfermedad cardiovascular.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Cubrimos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
 Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si usted tiene alto riesgo de tener cáncer de cuello uterino o vaginal, o está en edad fértil y ha tenido un examen de Papanicolaou anormal en	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.	
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	DENTRO DE LA RED \$10 de copago por cada visita cubierta por Medicare FUERA DE LA RED \$50 de copago por cada visita cubierta por Medicare
 Evaluación de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: - La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema baritado previos. - Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o mayores. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se realizó una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes	DENTRO DE LA RED No hay coseguro, copago ni deducible para una evaluación de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto los enemas baritados para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o enema baritado. • Análisis de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o mayores. Una vez cada 12 meses. Evaluación de detección de cáncer colorrectal (continuación) • ADN multiobjetivo en deposiciones para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema baritado como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y con 24 meses desde la última evaluación de detección con enema baritado o la última colonoscopia de detección. • Enema baritado como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y que tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después de la última evaluación de detección con enema baritado o evaluación de sigmoidoscopia flexible. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una evaluación de detección de cáncer colorrectal a través de deposiciones no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	se convierte en un examen de diagnóstico. El copago de cirugía quedará exento si hay un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección. Enemas baritados: \$0 de copago para cada enema baritado cubierto por Medicare FUERA DE LA RED No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. El copago de cirugía quedará exento si hay un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección. Enemas baritados:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	\$0 de copago para cada enema baritado cubierto por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos En general, Medicare Original no cubre los servicios odontológicos preventivos (tales como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales). Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: Odontología preventiva: ● exámenes dentales de rutina ● limpiezas ● radiografías Odontología integral: existen limitaciones en los servicios de odontología integral cubiertos. ● Servicios odontológicos restaurativos: ● empastes de amalgama y resina: 1 por diente cada 24 meses, - incrustaciones/sobreincrustaciones: 1 por diente cada 60 meses ● coronas, reconstrucción de muñón, espigas y retención de espigas, muñón y perno colado: 1 por diente cada 60 meses	DENTRO DE LA RED Servicios odontológicos preventivos: Exámenes dentales de rutina: * \$0 de copago por cada examen dental de rutina, 1 por año calendario Limpiezas: * \$0 de copago por cada limpieza, hasta 2 por año calendario Radiografías: * \$0 de copago por 1 radiografía por año calendario Servicios de odontología integral: \$2 de copago para servicios cubiertos por Medicare durante una estadía como paciente hospitalizado agudo si es médicamente necesario. Se aplican las reglas de

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
● recementado o readhesión de incrustaciones, sobreincrustaciones, restauraciones parciales, coronas: 1 por diente cada 24 meses	copago para los servicios de hospitalización. * \$20 de copago por cada servicio restaurativo
Servicios odontológicos (continuación)	
● restauración protectora: 1 por diente de por vida	* \$20 de copago por cada servicio de endodoncia
● Endodoncia: ● pulpotomía y desbridamiento pulpar: 1 por diente de por vida ● tratamientos de conducto y retratamiento de conductos: 1 por diente de por vida ● apicectomía/servicios perirradiculares: 1 por diente de por vida ● obturación retrógrada: 1 por diente de por vida	* \$20 de copago por cada servicio de periodoncia * \$20 de copago por cada servicio de extracción * \$20 de copago por cada servicio de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, u otro servicio
● Periodoncia: ● raspado periodontal y alisado radicular, gingivectomía, gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea: 1 por cuadrante cada 36 meses ● desbridamiento, boca completa: 1 por 36 meses ● raspado bucal completo en presencia de inflamación gingival: 2 por año calendario ● mantenimiento periodontal: 4 por año calendario	* 50 % de coseguro para dentaduras
● Extracciones:	El plan cubre hasta \$1,500 cada año para los servicios de odontología integral y preventiva combinados dentro y fuera de la red que no sean cubiertos por Medicare después de los

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- extracciones, coronectomía: 1 por diente de por vida - Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial: - dentaduras completas y parciales removibles, dentaduras parciales fijas, implantes y servicios asociados, análisis oclusal y ajuste completo: 1 cada 60 meses, ajustes de dentadura: 2 cada 12 meses	copagos correspondientes. FUERA DE LA RED Servicios odontológicos preventivos: Exámenes dentales de rutina: * \$0 de copago por cada examen dental de rutina, 1 por año calendario Limpiezas: * \$0 de copago por cada limpieza, hasta 2 por año calendario Radiografías: * \$0 de copago por 1 radiografía por año calendario Servicios de odontología integral: \$35 de copago para servicios cubiertos por Medicare durante una estadía como paciente hospitalizado agudo si es médicamente necesario.
Servicios odontológicos (continuación) - reparación de dentadura y reemplazar/añadir dientes: 1 por diente cada 12 meses - rebase o revestimientos de dientes: 1 por 36 meses - reparación de prótesis sujeta por implante, recementado de implante/pilar o dentadura fija: 1 por diente cada 24 meses - reparación de dentadura fija: 1 por 24 meses - cierre de la fístula oroantral, cierre primario de una perforación sinusal: 2 por arco de por vida - alveoloplastia: 1 por cuadrante de por vida, vestibuloplastia, frenuloplastia/frenilectomía: 1 por arco de por vida - eliminación de exostosis, torus palatinus y mandibularis, reducción quirúrgica de tuberosidad ósea: 2 de por vida, atención domiciliaria/centro de atención, hospital, centro quirúrgico ambulatorio: 6 por año	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
ajuste oclusal limitado: 1 cada 12 meses, medicamento desensibilizante: 2 por año calendario Para obtener más información sobre los beneficios odontológicos complementarios, incluidas las limitaciones y exclusiones, comuníquese con el proveedor de Clover Health, DentaQuest, al 1-855-343-7404. Los beneficios odontológicos complementarios deben obtenerse de un proveedor de la red DentaQuest. Los dentistas fuera de la red no tienen contrato para aceptar el pago del plan como pago total, por lo que podrían cobrarle más de lo que paga el plan. Por lo tanto, consultar a un proveedor de la red dental de DentaQuest puede representar ahorros sustanciales. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los límites máximos, las limitaciones o las exclusiones de beneficios dentro de la red.	Se aplican las reglas de copago para los servicios de hospitalización. * 30 % de coseguro por cada servicio restaurativo * 30 % de coseguro por cada servicio de endodoncia * 30 % de coseguro por cada servicio de periodoncia * 30 % de coseguro por cada servicio de extracción * 30 % de coseguro por cada servicio de prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, u otro servicio * 50 % de coseguro para dentaduras El plan cubre hasta \$1,500 cada año para los servicios de odontología integral y preventiva combinados dentro y fuera de la red que no

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	sean cubiertos por Medicare después de los copagos correspondientes.
 Evaluación de detección de depresión Cubrimos una evaluación de detección de depresión por año. La evaluación de detección se debe realizar en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita para la evaluación de detección de depresión anual.
 Evaluación de detección de diabetes Cubrimos estas evaluaciones de detección (incluye las pruebas de glucosa en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de valores anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre. Las pruebas también se podrían cubrir si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Podría ser elegible para recibir hasta dos evaluaciones de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de la prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, suministros y servicios para la diabetes	DENTRO DE LA RED Insumos para el control de la diabetes de una farmacia: \$0 de copago

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Para todas las personas con diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para determinar la glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos con lancetas, y soluciones de control de glucosa que sirven para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes con pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación del calzado. • En determinadas circunstancias, se cubre la capacitación para el automanejo de la diabetes. • No se cubrirán los suministros no preferidos para pruebas de glucosa en la sangre para diabéticos obtenidos en una farmacia sin una autorización de cobertura aprobada solicitada por la persona que emite la receta. La persona que emite la receta puede solicitarla al administrador de beneficios de farmacia, CVS Caremark.	Productos preferidos = tiras reactivas y monitores One-Touch, y tiras reactivas y monitores Accu-Chek Insumos para el control de la diabetes de un prestador de DME: 20 % de coseguro FUERA DE LA RED Insumos para el control de la diabetes de una farmacia: \$0 de copago Productos preferidos = tiras reactivas y monitores One-Touch, y tiras reactivas y monitores Accu-Chek Insumos para el control de la diabetes de un prestador de DME: 20 % de coseguro
Equipo médico durable (DME) y suministros relacionados	DENTRO DE LA RED 20 % del costo total por

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
(Para ver una definición de «equipo médico durable», consulte el capítulo 12 y la sección 7 del capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, insumos para diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario y que cubra Medicare Original. Si nuestro prestador en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede consultarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de prestadores está disponible en nuestro sitio web: www.cloverhealth.com/doctors. Equipo médico durable (DME) y suministros relacionados (continuación) Por lo general, Clover Health Choice Value (PPO) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Clover Health Choice Value (PPO) y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted	el equipo médico durable cubierto por Medicare Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de 20 % de coseguro, cada vez que obtenga el equipo o los suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en nuestro plan. Si antes de inscribirse en nuestro plan había realizado pagos de alquiler por 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es del 20 % de coseguro. FUERA DE LA RED 20 % del costo total por el equipo médico durable cubierto por Medicare Su costo compartido para

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo remita a otro médico para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para tratar su afección médica. (Consulte el capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas] para obtener más información sobre las apelaciones).	la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de 20 % de coseguro, cada vez que obtenga el equipo o los suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en nuestro plan. Si antes de inscribirse en nuestro plan había realizado pagos de alquiler por 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es del 20 % de coseguro.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente y que tenga un conocimiento promedio de la salud y la medicina,	DENTRO DE LA RED \$110 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare El copago queda exento si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez. El costo compartido para los servicios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo que se cobraría si dichos servicios se proporcionaran dentro de la red. Clover Health Choice Value (PPO) cubre hasta \$50,000 por año calendario para la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de ambulancia en todo el mundo. Se aplican los copagos correspondientes.	FUERA DE LA RED \$110 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare El copago queda exento si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de que se establezca. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto de costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se establezca.
Atención de emergencia (continuación)	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programas educativos sobre el bienestar y la salud Los miembros de Clover Health pueden unirse a la membresía del programa de fitness a través de nuestro socio, OnePass®. Los miembros pueden participar en actividades que incluyen natación recreativa, ejercicios aeróbicos y programas de fitness individualizados. No hay tarifa de visita ni de uso para la membresía básica cuando visite un centro de OnePass. Consulte www.youronepass.com para buscar un centro de fitness en línea.	\$0 de copago para la membresía de OnePass®
Servicios auditivos Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Examen de audición: 1 examen de audición de rutina cada año Audífonos: hasta 2 audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año) Servicios auditivos (continuación) El beneficio se limita a los audífonos avanzados y prémium de TruHearing, que están disponibles en varios estilos y colores, y en opciones de estilo recargable (por \$50 adicionales por audífono). Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame	DENTRO DE LA RED Exámenes de audición: \$2 de copago por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare * \$0 de copago por 1 examen de audición de rutina cada año Debe consultar a un proveedor de TruHearing para el examen de rutina. Audífonos:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
al 1-855-205-5574 para programar una cita (para TTY/TDD, marque 711). Las compras de audífonos de TruHearing incluyen lo siguiente: – primer año de visitas de seguimiento con el proveedor a partir de la fecha de compra del audífono – periodo de prueba de 60 días – garantía extendida de 3 años – 80 baterías por audífono para modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: – moldes para oídos – accesorios para audífonos – visitas adicionales al proveedor - baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable; costo adicional para la recarga opcional de audífonos – costos asociados con los reclamos de garantía por pérdida y daños Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	Hasta 2 audífonos por año (uno por oído por año) * \$699 de copago por audífono para audífonos avanzados a través de un proveedor de TruHearing * \$999 de copago por audífono para audífonos prémium a través de un proveedor de TruHearing * \$50 adicionales por audífono prémium para opciones de estilo recargables FUERA DE LA RED Exámenes de audición: \$35 de copago por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare * \$0 de copago por 1 examen de audición de rutina cada año
Servicios auditivos (continuación)	Audífonos:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Hasta 2 audífonos por año (uno por oído por año) * \$999 de copago por audífono
 Evaluación de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • una evaluación de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • un máximo de tres evaluaciones de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para realizarse los exámenes preventivos de VIH cubiertos por Medicare.
Atención por parte de una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y ordenará que se los proporcione una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en el domicilio, lo cual significa que salir de su casa es un esfuerzo mayor. Atención por parte de una agencia de atención médica a domicilio (continuación)	DENTRO DE LA RED No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios médicos a domicilio cubiertos por Medicare. FUERA DE LA RED

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de asistente de salud a domicilio y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (para que se cubran conforme al beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de asistente de salud a domicilio y de enfermería especializada combinados deben dar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios sociales y médicos. • Equipos y suministros médicos.	50 % del costo total por los servicios médicos a domicilio cubiertos por Medicare
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración de medicamentos o productos biológicos por vía intravenosa o subcutánea a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión intravenosa domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, conductos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con el plan de atención Terapia de infusión domiciliaria (continuación)	DENTRO DE LA RED 20 % del costo total de la terapia de infusión domiciliaria cubierta por Medicare FUERA DE LA RED 40 % del costo total de la terapia de infusión domiciliaria cubierta por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• capacitación y educación para el paciente no cubiertas de otra manera, conforme con el beneficio del equipo médico durable • control remoto • servicios de control para la provisión de la terapia de infusión domiciliaria y los medicamentos de infusión domiciliaria suministrados por un prestador de terapia de infusión domiciliaria calificado	
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir el beneficio del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal que certifica que usted es un enfermo terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue en su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a buscar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos en los que la organización de Medicare Advantage (MA) posee, controla o tiene intereses financieros. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, a los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Clover Health Choice Value (PPO). Clover Health pagará una visita de consulta antes de seleccionar un centro de cuidados paliativos.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• atención de relevo de corto plazo Cuidados paliativos (continuación) • atención a domicilio Cuando se lo ingresa a un centro de cuidados paliativos, usted tiene derecho a permanecer en el plan; si opta por esta opción, debe pagar las primas. <u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor del centro de cuidados paliativos por los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras sea parte del programa de cuidados paliativos, el proveedor del centro de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, y que tengan la cobertura de la Parte A o B de Medicare y no se relacionen con su pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se debe obtener autorización previa).	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. Cuidados paliativos (continuación) - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de plan por los servicios fuera de la red. <u>Para los servicios que están cubiertos por Clover Health Choice Value (PPO) pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Clover Health Choice Value (PPO) continuará con la cobertura de los servicios cubiertos por el plan que no se cubren conforme a la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no se relacionan con la afección terminal del centro de cuidados paliativos, paga el costo compartido. Si se relacionan con la afección terminal del centro de cuidados paliativos, paga el costo compartido de Medicare Original.</u> Los medicamentos nunca reciben la cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5 (¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?).	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nota: si necesita atención que no son cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no eligió el beneficio del centro de cuidados paliativos.	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente: • Vacunas contra la neumonía • vacuna contra la gripe, una vez por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraerla • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si usted está en riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la sección 7 del capítulo 6 para obtener información adicional.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la COVID-19, neumonía, gripe y hepatitis B.
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado Incluye servicios para pacientes hospitalizados agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con un pedido médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.	DENTRO DE LA RED Se cobra un costo compartido por cada estadía hospitalaria. \$399 de copago por día para los días 1 a 6 por cada estadía

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: Atención hospitalaria como paciente hospitalizado (continuación) - Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) - Alimentos, incluidas las dietas especiales - Servicios normales de enfermería - Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de atención intensiva o coronaria) - Medicamentos y medicaciones - Pruebas de laboratorio - Radiografías y otros servicios radiológicos - Insumos médicos y quirúrgicos necesarios - Uso de aparatos, como las sillas de ruedas - Costos de las salas de operaciones y de recuperación - Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje. - Servicios por abuso de sustancias en pacientes hospitalizados. En ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y vísceras. Si necesita un trasplante, dispondremos que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso; este decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del área habitual de atención en la comunidad, usted puede optar por recibir los servicios	\$0 de copago por día para los días 7 a 365 por cada estadía FUERA DE LA RED Se cobra un costo compartido por cada estadía hospitalaria. \$549 de copago por día para los días 1 a 6 por cada estadía \$0 de copago por día para los días 7 a 365 por cada estadía Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, el costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de trasplante localmente, siempre y cuando los proveedores estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Clover Health Choice Value (PPO) brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del área habitual de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en esta ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Sangre (incluso el almacenamiento y la administración). La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos se cubren a partir de la primera pinta utilizada. Servicios del médico. Nota: para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerárselo un «paciente ambulatorio». Si no sabe con certeza si se le considera paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede obtener más información en una hoja informativa de Medicare que se llama «¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!» Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-	Se cobra un costo compartido por cada estadía hospitalaria.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía hospitalaria. Nuestro plan cubre en toda la vida hasta 190 días de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria como paciente hospitalizado no se aplica para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital general.	DENTRO DE LA RED Se cobra un costo compartido por cada estadía hospitalaria. \$339 de copago por día para los días 1 a 6 por cada estadía \$0 de copago por día para los días 7 a 90 por cada estadía FUERA DE LA RED Se cobra un costo compartido por cada estadía hospitalaria. \$549 de copago por día para los días 1 a 6 por cada estadía \$0 de copago por día para los días 7 a 90 por cada estadía

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía hospitalaria no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estadía. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • servicios del médico • pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas de laboratorio) • radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • prótesis y aparatos ortopédicos (excepto dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo inoperante de manera permanente o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos • soportes para brazos, piernas, espalda y cuello; bragueros; piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste,	Puede pagar el costo compartido aplicable por otros servicios como si se hubieran brindado para pacientes ambulatorios. Consulte el beneficio correspondiente en la sección de esta <i>Evidencia de cobertura</i>.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
pérdida o cambios en la afección física del paciente • terapia física, ocupacional y del habla	
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando el médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personal e individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas por año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, también podría recibir más horas de tratamiento con un pedido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
 Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes (MDPP) Se cubrirán los servicios del MDPP para los beneficiarios de Medicare elegibles, de todos los planes de salud de Medicare. El programa MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento respecto de la salud que	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
proporciona capacitación práctica para cambios dietarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludables.	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que usualmente el paciente no se autoadministra y que se inyectan o se administran mientras usted recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un artículo de equipo médico durable (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que toma utilizando el equipo médico durable (como los nebulizadores) que el plan autorizó • El medicamento contra el alzhéimer, Legembi[®] (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían añadirse a los costos totales. Consulte con su médico sobre qué exámenes y las pruebas que puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia.	DENTRO DE LA RED Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y su administración: 20 % del costo total de los medicamentos cubiertos por Medicare y su administración Otros medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración: 20 % del costo total de otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare \$35 de copago por el suministro de un mes de insulina, no se aplica el deducible. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare
(continuación)**

- Medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplantes si pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en el domicilio, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (quién podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo está disponible en forma inyectable o si es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en la misma droga activa que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.

FUERA DE LA RED

Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y su administración:

40 % del costo total de los medicamentos cubiertos por Medicare y su administración

Otros medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración:

40 % del costo total de otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare

40% del costo total de la insulina de la Parte B

Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare
(continuación)**

- Medicamentos orales antieméticos: Medicare cubre los medicamentos orales antieméticos que usa como parte de un tratamiento quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, en o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre.
- Medicaciones calcimiméticas en el sistema de pago de la ESRD, incluida la medicación intravenosa Parsabiv® y la medicación oral Sensipar®.
- Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para heparina, cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina administrada por inyección si tiene una ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen® Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) El siguiente enlace lo llevará a una Lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.cloverhealth.com/part-b-st También cubrimos algunas vacunas de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. En el capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. En el capítulo 6, encontrará información sobre lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	
 Evaluación de detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si lo recibe en un entorno de atención primaria, en donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para averiguar más.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de obesidad y terapia preventivas.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • medicación para el tratamiento asistido por medicación (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los EE. UU. • dispensación y administración de dichas medicaciones (si corresponde) • asesoramiento para el trastorno por uso de sustancias • sesiones de terapia individual y grupal • exámenes toxicológicos • actividades de admisión • evaluaciones periódicas	DENTRO DE LA RED \$10 de copago por los servicios de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare FUERA DE LA RED \$50 de copago por cada servicio de tratamiento de opioides cubierto por Medicare
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, como los vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.	DENTRO DE LA RED Radiografías ambulatorias: \$30 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
● Pruebas de laboratorio. Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) ● Sangre (incluso el almacenamiento y la administración). La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos se cubren a partir de la primera pinta utilizada. ● Otras pruebas radiológicas de diagnóstico ambulatorias, p. ej., imágenes por resonancia magnética (IRM), TC, tomografías computarizadas por emisión de positrones (PET).	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: \$50 de copago por cada procedimiento de diagnóstico ambulatorio cubierto por Medicare y prueba en un consultorio; \$150 de copago en una instalación independiente, y \$200 de copago por cada procedimiento de diagnóstico ambulatorio cubierto por Medicare y prueba en un centro ambulatorio/una instalación no independiente El copago por mamografía de diagnóstico no se aplicará si hay una mamografía de detección el mismo día. Servicios radiológicos terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer):

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	20 % de coseguro por cada servicio radiológico terapéutico cubierto por Medicare
	Insumos médicos y quirúrgicos:
	20 % del costo total de los insumos cubiertos por Medicare
	Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare:
	\$0 de copago por cada servicio de laboratorio de LabCorp o Quest
	\$15 de copago por otro servicio de laboratorio dentro de la red
	\$0 de copago por los servicios de laboratorio para la COVID-19
	Servicios de sangre:
	\$0 de copago
	Otros servicios radiológicos de diagnóstico:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	\$50 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio; \$150 de copago en una instalación independiente y \$200 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio/una instalación no independiente Si recibe múltiples servicios radiológicos en la misma ubicación el mismo día, solo se aplica el copago máximo. FUERA DE LA RED Radiografías ambulatorias: \$60 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare Procedimientos y pruebas de diagnóstico:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	\$80 de copago por cada procedimiento de diagnóstico ambulatorio cubierto por Medicare y prueba en un consultorio; \$250 de copago en un establecimiento independiente, y \$300 de copago por cada procedimiento de diagnóstico ambulatorio cubierto por Medicare y prueba en un centro ambulatorio/establecimiento no independiente El copago por mamografía de diagnóstico no se aplicará si hay una mamografía de detección el mismo día. Servicios radiológicos terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer): 40 % de coseguro para cada servicio radiológico terapéutico cubierto por Medicare y realizado en

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	un consultorio o centro ambulatorio
	Insumos médicos y quirúrgicos:
	20 % de coseguro del costo total por los insumos cubiertos por Medicare
	Servicios de laboratorio:
	\$30 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare
	\$0 de copago por los servicios de laboratorio para la COVID-19
	Servicios de sangre:
	\$30 de copago
	Otros servicios radiológicos de diagnóstico:
	\$80 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio; \$250 de

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	copago en un establecimiento independiente y \$300 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio/establecimiento no independiente Si recibe múltiples servicios radiológicos en la misma ubicación el mismo día, solo se aplica el copago máximo.

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

Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios

Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se proporcionan para determinar si se lo debe ingresar como paciente hospitalizado o se lo puede dar de alta.

Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y se los debe considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y las normas del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.

Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un «paciente ambulatorio». Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

También puede obtener más información en una hoja informativa de Medicare que se llama «¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!» Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o puede

llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-6233).

DENTRO DE LA RED

\$400 de copago por cada servicio de observación cubierto por Medicare

FUERA DE LA RED

\$500 de copago por cada servicio de observación cubierto por Medicare

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**

Cubrimos los servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios
- pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital
- atención de salud mental, incluida la atención brindada en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de lo contrario, haría falta realizar tratamiento de pacientes hospitalizados
- radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital
- insumos médicos, como férulas y yesos
- ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse

Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un «paciente ambulatorio». Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

DENTRO DE LA RED**Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:**

\$400 de copago para cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare

FUERA DE LA RED

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:

\$500 de copago para cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) También puede obtener más información en una hoja informativa de Medicare que se llama «¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!» Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental brindados por un médico o un psiquiatra con licencia del estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero profesional (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.	DENTRO DE LA RED Sesiones de terapia individual ambulatorias: \$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare Sesiones de terapia grupal ambulatorias: \$10 de copago por cada visita cubierta por Medicare FUERA DE LA RED Sesiones de terapia individual ambulatorias:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)	\$45 de copago por cada visita cubierta por Medicare Sesiones de terapia grupal ambulatorias: \$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, tales como departamentos de hospital para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y establecimientos integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).	DENTRO DE LA RED Terapia física y del habla/lenguaje: \$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare Terapia ocupacional: \$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare FUERA DE LA RED Terapia física y del habla/lenguaje: \$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare Terapia ocupacional:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	\$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare
Servicios para trastornos por uso de sustancias en pacientes ambulatorios Los servicios por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios incluyen sesiones individuales y grupales para tratar la dependencia química.	DENTRO DE LA RED Sesiones de terapia individual ambulatorias: \$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare Sesiones de terapia grupal ambulatorias: \$10 de copago por cada visita cubierta por Medicare FUERA DE LA RED Sesiones de terapia individual ambulatorias: \$45 de copago por cada visita cubierta por Medicare Sesiones de terapia grupal ambulatorias:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	\$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si tendrá una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un «paciente ambulatorio».	DENTRO DE LA RED Centro quirúrgico ambulatorio: \$300 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Cirugía ambulatoria en un hospital: \$400 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Cirugía ambulatoria recibida durante la observación: \$400 de copago por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduce a una cirugía ambulatoria FUERA DE LA RED Centro quirúrgico ambulatorio: \$400 de copago por cada servicio cubierto por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	Cirugía ambulatoria en un hospital: \$500 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Cirugía ambulatoria recibida durante la observación: \$500 de copago por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduce a una cirugía ambulatoria Consulte la sección «Servicios hospitalarios en pacientes ambulatorios» en esta tabla.
Artículos de venta libre Usted es elegible para obtener \$125 de asignación cada tres meses para la compra de determinados artículos de venta libre (OTC) disponibles a través de Healthy Benefits. La asignación del beneficio está disponible al comienzo de cada trimestre del año calendario (enero, abril, julio y octubre). Cualquier monto no utilizado no se transferirá al siguiente trimestre. Los pedidos se pueden realizar por teléfono al 1-800-607-2348, opción 1; o en línea en:	\$0 de copago para artículos OTC seleccionados

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cloverhealth.com/livehealthy. Los pedidos se enviarán a su hogar sin cargo.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, el terapeuta, el LMFT o del consejero profesional con licencia, y que es una alternativa a la hospitalización del paciente. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) brindado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud con certificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de un médico, terapeuta, LMFT, o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	DENTRO DE LA RED \$80 de copago por los servicios cubiertos por Medicare FUERA DE LA RED 40 % de coseguro por los servicios cubiertos por Medicare
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de cirugía o de atención médica médicamente necesarios brindados en un consultorio médico, en un centro quirúrgico	DENTRO DE LA RED Visita al consultorio del PCP:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
ambulatorio certificado, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista.	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare Visita al especialista:
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por un PCP o un especialista, si su médico los solicita para averiguar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: Servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados agudos, centros de enfermería especializada (SNF), servicios de médicos de atención primaria (PCP), servicios de médicos especialistas, sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental, sesiones individuales y grupales para servicios psiquiátricos. • Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que preste el servicio por telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal para miembros con diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o de acceso crítico de diálisis renal, un establecimiento de diálisis renal o el domicilio del miembro.	\$2 de copago por cada visita cubierta por Medicare Servicios de telesalud: \$0 de copago por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare brindado por un PCP \$2 de copago por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare brindado por el especialista FUERA DE LA RED Visita al consultorio del PCP: \$35 de copago para cada

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. - Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.	Visita cubierta por Medicare Visita al especialista: \$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: - Acudió a una visita en persona en los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. - Acude a una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. - Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. - Servicios de telesalud para visitas de salud mental suministrados por clínicas de salud rurales y centros de salud con certificación federal. - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico de 5 a 10 minutos <u>si</u>: - No es un nuevo paciente. - El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días.	Sin cobertura para los servicios de telesalud

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
○ El control no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. ● Evaluación del video o las imágenes enviadas al médico, y la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas <u>si</u>: ○ No es un nuevo paciente. ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ La evaluación no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ● Consultas realizadas por su médico con otros médicos a través del teléfono, el Internet o la evaluación electrónica del historial médico. ● Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía. ● Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de radiación de enfermedad neoplasia maligna, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).	
Servicios de podología	DENTRO DE LA RED

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo)	\$10 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare FUERA DE LA RED
atención de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	\$35 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Evaluación de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • examen digital del recto • prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba del antígeno prostático específico (PSA) anual.
Dispositivos protésicos y ortopédicos, e insumos relacionados Son los dispositivos (no dentales) que reemplazan toda o una sección de una parte o una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación sobre el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas para colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, soportes, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura posterior a la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte Atención oftalmológica más adelante en esta sección.	DENTRO DE LA RED Dispositivos protésicos: 20 % del costo total de los artículos cubiertos por Medicare Insumos médicos relacionados: 20 % del costo total de los insumos cubiertos por Medicare FUERA DE LA RED Dispositivos protésicos: 20 % del costo total de los artículos cubiertos por Medicare Insumos médicos relacionados:

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	20 % del costo total de los insumos cubiertos por Medicare
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren los programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o grave y también se cubre un pedido para la rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	DENTRO DE LA RED Rehabilitación pulmonar: \$10 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare FUERA DE LA RED Rehabilitación pulmonar: \$40 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare
Tecnologías de acceso remoto Los miembros tienen la opción de recibir consultas médicas con médicos licenciados y certificados por la junta, ya sea por teléfono o por video en la web. Los médicos pueden diagnosticar problemas de salud comunes, recomendar terapia y, si es necesario y adecuado, emitir recetas no controladas por la Administración de Control de Drogas (DEA). Este beneficio está diseñado para tratar problemas médicos	\$0 de copago para servicios de tecnología de acceso remoto a través de Teladoc

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
que no son de emergencia y los miembros no deben utilizarlo si tienen una emergencia médica. Los problemas de salud comunes que se pueden diagnosticar y tratar incluyen problemas sinusales, infecciones respiratorias, alergias, infección del tracto urinario, conjuntivitis, síntomas comunes de resfriado y gripe, y muchas otras enfermedades que no son de emergencia. Para acceder a los servicios, los miembros deben registrarse en línea o por teléfono, y facilitar sus antecedentes médicos básicos. Una vez registrados, los miembros pueden consultar al primer médico disponible o programar una cita para otro momento. Las citas están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año, sin necesidad de remisión ni autorización previa. Los miembros pueden acceder a los servicios por teléfono (no se requiere un teléfono inteligente), computadora o tableta para programar la cita. Para acceder a este beneficio, visite www.teladoc.com o llame al número gratuito (800) 835-2362, TTY/TDD (855) 636-1578.	
 Evaluación de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una evaluación de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que aún no dependen de él. Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de asesoramiento en persona al año (si está consciente y atento durante el	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la evaluación de detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
asesoramiento) proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o un profesional en un entorno de atención primaria.	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) para la detección de cáncer de pulmón Las personas que califican para este beneficio tienen una LDCT cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son los siguientes: las personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar al menos 20 paquetes de cigarrillos por año, que en la actualidad fuman, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la evaluación de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas, que cumplen con los requisitos de Medicare respecto de dichas visitas. Un médico o un profesional calificado que no sea un médico deben brindar la orden. Para las evaluaciones de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la evaluación inicial con una LDCT: el miembro debe recibir una orden para la evaluación de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, la cual puede obtenerse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional calificado que no sea un médico. Si un médico, o un profesional calificado que no sea un médico, elige ofrecerle una visita de asesoramiento sobre la evaluación de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas para evaluaciones de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos evaluaciones de detección de ETS para la clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Se cubren estas evaluaciones de detección para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ETS, cuando un proveedor de atención primaria solicita las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales en persona de asesoramiento del comportamiento de alta intensidad de entre 20 y 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si lo brinda un proveedor de atención primaria y ocurren en un entorno de atención primaria, como el consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio preventivo para la evaluación de detección de ETS y el asesoramiento para prevenir ETS cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando lo remite su médico,	DENTRO DE LA RED No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare, capacitación para autodiálisis o

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el capítulo 3), o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible de manera temporal. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial). • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliaria). • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para que examinen su diálisis domiciliaria, le ayuden en emergencias y examinen su equipo de diálisis y el suministro de agua, cuando sea necesario). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte en la sección «Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare».	servicios de apoyo domiciliario. Diálisis renal: 20 % del costo total de los servicios de diálisis renal para pacientes ambulatorios, equipo y suministros cubiertos por Medicare FUERA DE LA RED No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare, capacitación para autodiálisis o servicios de apoyo domiciliario. Diálisis renal: 40 % del costo total de los servicios de diálisis renal para pacientes ambulatorios, equipo y suministros cubiertos por Medicare

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver la definición de «atención en un centro de enfermería especializada», consulte el capítulo 12 de este documento. Los establecimientos de enfermería especializada se los denomina «SNF»). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Alimentos, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre (incluso el almacenamiento y la administración). La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos se cubren a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que comúnmente proporcionan los SNF. • Pruebas de laboratorio que comúnmente proporcionan los SNF.	DENTRO DE LA RED Estadías en un SNF cubiertas por Medicare: \$0 de copago por día para los días 1 a 20 por cada estadía \$214 de copago por día para los días 21 a 100 por cada estadía FUERA DE LA RED 40 % del costo total de cada estadía No se requiere estadía hospitalaria previa. Tiene una cobertura de hasta 100 días en cada periodo de beneficio. Un periodo de beneficios comienza el día que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria como

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Radiografías y otros servicios radiológicos que comúnmente proporcionan los SNF. Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Uso de aparatos como sillas de ruedas que comúnmente proporcionan los SNF. • Servicios de un médico/profesional. Por lo general, le brindarán atención de SNF en los establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones descritas más abajo, quizá pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un establecimiento que no sea un proveedor de la red, si el establecimiento acepta los montos de nuestro plan para el pago. • Un hogar para adultos mayores o una comunidad para jubilados con atención continua donde usted estaba viviendo justo antes de ingresar en el hospital (siempre que este brinde atención en el centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho está vivo en el momento en que usted abandona el hospital.	paciente hospitalizado (o de enfermería especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un periodo de beneficios, comenzará un periodo nuevo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios.
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los beneficios preventivos para dejar de fumar y de

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
asesoramientos para que intente dejar de fumar en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin ningún costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) (continuación) <u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma algún medicamento que podría verse afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos asesoramientos para que intente dejar de fumar en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La terapia de ejercicio supervisada (SET) se cubre para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de entrenamiento de	DENTRO DE LA RED \$10 de copago por cada sesión de SET cubierta por Medicare para miembros con EAP FUERA DE LA RED \$40 de copago por cada sesión de SET cubierta por Medicare para miembros con EAP

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
ejercicios terapéuticos para EAP en pacientes que padecen claudicación - llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en un consultorio médico - administrarse en manos del personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para EAP Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) - estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de apoyo vital El SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas durante 36 sesiones adicionales durante un periodo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, o si no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados	DENTRO DE LA RED \$35 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare El copago queda exento si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas. FUERA DE LA RED

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal. Clover Health Choice Value (PPO) cubre hasta \$50,000 por año calendario para la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de ambulancia en todo el mundo. Se aplican los copagos correspondientes.	\$35 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare El copago queda exento si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas. \$40 de copago para la atención de urgencia mundial
 Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: - Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. - Para personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma incluyen, entre otras, personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 o más años de edad y los estadounidenses hispanos de 65 años o mayores.	DENTRO DE LA RED Exámenes oculares: \$2 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares * \$0 de copago por 1 examen ocular de rutina por año calendario. Debe realizarse un examen ocular de rutina a través de un proveedor de EyeQuest.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Las evaluaciones de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año para las personas que tienen diabetes. - Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya el injerto de un lente intraocular. (Si le realizan dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). - El plan cubre hasta 1 examen ocular de rutina por año. - El plan cubre hasta 1 par de lentes de contacto o anteojos de rutina por año.	Pruebas de detección de glaucoma: \$0 de copago por 1 prueba de detección de glaucoma por año calendario Accesorios para la visión: \$0 de copago por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas
Atención oftalmológica (continuación) Los beneficios oftalmológicos complementarios deben obtenerse de un proveedor de la red EyeQuest. Para obtener más información sobre los beneficios oftalmológicos de rutina complementarios, comuníquese con el proveedor de Clover Health, EyeQuest, al 1-855-343-7404.	* \$0 de copago por 1 par de lentes de contacto o anteojos de rutina (lentes o marcos) por año calendario * \$100 (combinado dentro y fuera de la red) de asignación oftalmológica por año calendario para la compra y adaptación de marcos con lentes (1 par por año) o lentes de contacto La asignación oftalmológica solo se puede utilizar una vez. El

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención oftalmológica (continuación)	dinero restante del beneficio no se puede utilizar para accesorios para la visión adicionales.
	FUERA DE LA RED
	Exámenes oculares:
	\$35 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares
	* \$0 de copago por 1 examen ocular de rutina por año calendario
	Pruebas de detección de glaucoma:
	\$0 de copago por 1 prueba de detección de glaucoma por año calendario
	Accesorios para la visión:
	\$0 de copago por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	* \$0 de copago por 1 par de lentes de contacto o anteojos de rutina por año calendario * \$100 (combinado dentro y fuera de la red) de asignación oftalmológica por año calendario para la compra y adaptación de marcos con lentes (1 par por año) o lentes de contacto • La asignación oftalmológica solo se puede utilizar una vez. El dinero restante del beneficio no se puede utilizar para accesorios para la visión adicionales.
 Visita preventiva de «Bienvenido a Medicare» El plan cubre la visita preventiva única de «Bienvenido a Medicare». La visita incluye una revisión de su salud, además de educación y asesoramiento con respecto a los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas evaluaciones de detección y vacunas [o dosis]), y remisiones para recibir otro tipo de atención, si es necesario. Importante: cubrimos la visita preventiva «Bienvenido a Medicare» solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando hace su cita,	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva «Bienvenido a Medicare».

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
informe al consultorio del médico que quisiera programar su visita preventiva «Bienvenido a Medicare».	

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

Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)

En esta sección se informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no tienen la cobertura de este plan.

En la tabla a continuación se enumeran servicios y artículos que no se cubren bajo ninguna circunstancia, o que se cubren solo bajo circunstancias específicas.

Deberá pagar los servicios excluidos (sin cobertura) que reciba, excepto en las condiciones específicas indicadas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin contar con cobertura y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es si se apela el servicio y se decide sobre la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Acupuntura		Está disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Procedimientos cosméticos o cirugía plástica		- Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo que tenga una malformación. - Se cubren todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía y también de la mama no afectada a fin de producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como los cuidados para asistirle con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicaciones Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por Medicare Original como no aceptados generalmente por la comunidad médica.		Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte la sección 5 del capítulo 3).
Honorarios que cobran sus parientes más cercanos o miembros de su hogar por brindarle atención	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Audífonos y visitas al proveedor para el mantenimiento de los audífonos (excepto como se describe específicamente en los beneficios cubiertos), moldes para oídos, accesorios para audífonos, tarifas de reclamos de garantía y baterías para audífonos (además de las 80 baterías gratuitas por audífono para modelos no recargables)	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Comidas entregadas al domicilio	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Servicios de personal doméstico que incluyen asistencia básica del hogar, como tareas domésticas menores o preparación de comidas livianas	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención dental que no es de rutina		La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como atención ambulatoria o como paciente hospitalizado.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies		Abarca los zapatos que son parte de un soporte ortopédico para pierna y se incluyen en el costo del soporte. Se cubren zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital		Se cubre solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras herramientas para tratar problemas de la disminución de la visión		Las personas tienen cobertura para un examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) luego de una cirugía de cataratas.
Cuidado de rutina de los pies		Se proporciona cobertura limitada, conforme a las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos del centro de cuidados paliativos de la Parte B de Medicare.

Sección 1.1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

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

- Debe buscar a un proveedor (un médico, un odontólogo u otra persona que emite la receta) para que le escriba una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que emite la receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe adquirir su medicamento con receta en una farmacia de la red. (Consulte la sección 2 de este capítulo o puede obtener su medicamento con receta a través del servicio de envío por correo postal del plan).
- El medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan (la denominamos *Lista de medicamentos* para abreviar). (Consulte la sección 3 de este capítulo).
- El medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o esté respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 2 Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Adquiera los medicamentos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren únicamente si se adquieren en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en que cubriríamos los medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la *Lista de medicamentos* del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de farmacias en nuestro sitio web (www.cloverhealth.com/pharmacy), o llamar a Servicios al Miembro.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

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

Si la farmacia que usted usa deja de formar parte de la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que pertenezca a la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web www.cloverhealth.com/pharmacy.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar para adultos mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios del Programa de Servicios de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que entregan medicamentos restringidos por la FDA en determinadas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* (www.cloverhealth.com/pharmacy) o llame a Servicios al Miembro.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de envío por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos suministrados a través del envío por correo son medicamentos que se toman de manera frecuente, por una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados como «NM» en nuestra *Lista de medicamentos*.

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

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo postal, visite nuestro sitio web en www.cloverhealth.com/en/members/mail-order-pharmacy, o comuníquese con Servicios al Miembro al 1-888-778-1478 (solo TTY/TDD, llame al 711) de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.

Generalmente, un envío por correo por parte de la farmacia le llegará en un máximo de 10 días. Si la farmacia de pedido por correo prevé un retraso de más de 10 días, se

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

comunicará con usted y lo ayudarán a decidir si debe esperar la medicación, cancelar el envío por correo o surtir la receta en una farmacia local.

Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el envío por correo, puede comunicarse con Atención al Cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657 para analizar las opciones, que pueden incluir el suministro en una farmacia minorista local o la aceleración del método de envío. Tenga su número de id. y número(s) de la receta disponibles cuando llame a CVS Caremark. Si desea que le entreguen sus medicaciones al segundo día o al día siguiente, puede solicitarlo al representante de atención al cliente de envíos por correo con un cargo adicional.

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

La farmacia surtirá y entregará recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica de manera automática, sin consultar primero con usted, si:

- Utilizó servicios de envío por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribe para la entrega a domicilio automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega a domicilio automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento iniciando sesión a su cuenta de caremark.com o llamando a Atención al Cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea, y no se han comunicado con usted para comprobar si deseaba recibirla antes de enviársela, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el envío por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe de manera automática cada nueva receta, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de caremark.com o llamando a Atención al Cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de envío por correo o decide interrumpir el suministro automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si usted desea que se le suministre y envíe la medicación

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

de inmediato. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia le contacte para informales si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Renovaciones de medicamentos con receta en pedidos por correo. Para obtener renovaciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de renovación automática. En este programa comenzaremos a procesar su próxima renovación de manera automática cuando nuestros registros indiquen que está a punto de agotar su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicación, y usted puede cancelar las renovaciones programadas si tiene suficiente medicación o si la medicación ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de renovación automática, pero aún desea que la farmacia de envío por correo le envíe el medicamento con receta, comuníquese con la farmacia 15 días antes de que se termine su medicamento actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar voluntariamente la participación en nuestro programa que prepara automáticamente las renovaciones de pedidos por correo, inicie sesión en su cuenta de Caremark.com o comuníquese con nosotros llamando a Atención al Cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

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

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo (también llamado suministro prolongado) de la «*Lista de medicamentos*» de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman de manera frecuente, por una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias* que encuentra en www.cloverhealth.com/pharmacy se le informa qué farmacias

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

en nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.

Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?
--------------------	---

Los medicamentos con receta pueden tener cobertura en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se adquieren en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede adquirir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte a Servicios al Miembro** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que se le exija que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación se enumeran las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que adquiera en una farmacia fuera de la red:

- El medicamento con receta es para una atención de emergencia o urgencia médica.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red que funcionen las 24 horas del día a una distancia razonable en coche.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de servicio por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y exclusivos).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o medicamento administrado en el consultorio de su médico. Para obtener información sobre lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D, consulte la sección 8 del capítulo 6 para obtener más detalles.
- Las recetas fuera de la red pueden limitarse a un suministro para 30 días de su medicamento. Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

fuera de la red, es posible que aún pague más de lo que habría pagado si hubiera acudido a una farmacia dentro de la red.

En estas situaciones, **primero consulte a Servicios al Miembro** para saber si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo debe solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo completo (en lugar de pagar su costo compartido normal) al momento de adquirir los medicamentos con receta. Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso por nuestra parte del costo. (En la sección 2 del capítulo 7 se explica cómo solicitarle al plan que le haga un reembolso).

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la «*Lista de medicamentos*» del plan

Sección 3.1	La Lista de medicamentos indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	---

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

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con la aprobación de Medicare.

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* son solo aquellos que cubre la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la *Lista de medicamentos* del plan siempre que usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere al uso del medicamento que debe estar ya sea:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que se recetó

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- apoyado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los típicos. Cuando nos referimos a medicamentos en la *Lista de medicamentos*, puede tratarse de un medicamento o de productos biológicos.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene la misma droga activa que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen el mismo efecto que el medicamento de marca o el producto biológico original, y usualmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea obtener más información, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la «*Lista de medicamentos*». En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la «*Lista de medicamentos*». Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 3.2 Existen 5 niveles de costo compartido para los medicamentos de la «Lista de medicamentos»

Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- El nivel 1 de costo compartido (el nivel de costo compartido más bajo) incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 de costo compartido incluye los medicamentos genéricos.
- El nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos.
- El nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos.
- El nivel 5 de costo compartido (el nivel de costo compartido más alto) incluye medicamentos especializados y medicamentos de marca y medicamentos genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un control especial o un monitoreo cercano.

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

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D).

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

Usted tiene cuatro formas para averiguarlo:

1. Consultar la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
2. Visitar el sitio web del plan (www.cloverhealth.com/formulary). La *Lista de medicamentos* en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llamar a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

4. Utilice la «herramienta de beneficios en tiempo real» del plan (disponible en caremark.com o llamando a Servicios al Miembro). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la «Lista de medicamentos» para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. Para acceder a la herramienta, debe registrar una cuenta a través de nuestro administrador de beneficios de farmacia, CVS Caremark, en el portal de caremark.com.

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, algunas reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos en las formas más eficaces. Consulte la «*Lista de medicamentos*» para conocer si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona con la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a que usen esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra «*Lista de medicamentos*». Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la dosis, el monto o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos para las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; en comprimidos o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

En las siguientes secciones, se le explicará más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

medicamento. Comuníquese con Servicios al Miembro para saber qué debería hacer usted o su proveedor a fin de obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá usar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos aceptar, o no, que se anule la restricción en su caso. (Consulte el capítulo 9).

Obtener por adelantando la aprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se lo llama **autorización previa**. Se implementa para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el consumo adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito tiene como objetivo alentarle a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente efectivos, 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 requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que presenta su receta en la farmacia. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar un solo comprimido al día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de un comprimido por día.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 5.1	Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía
--------------------	--

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que toma, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, que no está en nuestro *Formulario de medicamentos* o que está en nuestro *Formulario de medicamentos* pero tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no cubrirse en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento se cubre, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, tal como se explica en la sección 4.
- El medicamento se cubre, pero está en un nivel de costo compartido que hace que el costo compartido sea mayor de lo que usted considera que debería ser.
- Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no se cubre en la forma que usted desearía. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la sección 5.2 para informarse sobre lo que puede hacer.**
- **Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que el costo sea mayor de lo que usted considera que debería ser, consulte la sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la <i>Lista de medicamentos</i> o si está restringido de algún modo?
--------------------	---

Si su medicamento no se encuentra en la *Lista de medicamentos* o está restringido, usted tiene opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar por otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones que tiene sobre este.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe brindar un suministro temporal de un medicamento que toma. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que usted toma **ya no debe estar en la *Lista de medicamentos del plan* O debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta se realizó para menos días, permitiremos varias renovaciones del medicamento hasta proveer un máximo de suministro para 30 días de medicación. El medicamento con receta se debe adquirir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en montos cada vez más pequeños para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como el alta o el ingreso a un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia puede solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 31 días) le brindará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura. Si tiene preguntas sobre los suministros temporales, llame a Servicios al Miembro.

Durante el tiempo en que consuma un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

1) Puede cambiar por otro medicamento.

Hable con el proveedor sobre la posibilidad de consumir un medicamento diferente cubierto por el plan que pudiera funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una *Lista de medicamentos* cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y que cubra el medicamento en la forma que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento aunque no se encuentre en la «*Lista de medicamentos*» del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se retirará del *Formulario de medicamentos* o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la solicitud (o la declaración acreditativa de la persona que emite la receta). Si aprobamos la solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9 se informa qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite que se establecieron por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

Sección 5.3

¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?

A continuación se detalla qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto:

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con el proveedor. Quizá existe un medicamento en un nivel de costo compartido inferior que pudiera funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al Miembro para solicitar una *Lista de medicamentos* cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para pagar menos por él. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9 se informa qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite que se establecieron por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

Medicamentos en el Nivel 5: los medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1	La <i>Lista de medicamentos</i> puede cambiar durante el año
-------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos sucede al inicio de cada año (el 1 de enero). No obstante, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la «*Lista de medicamentos*». Por ejemplo, el plan podría:

- agregar o quitar medicamentos de la «*Lista de medicamentos*»
- cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido superior o inferior
- agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica
- reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la «*Lista de medicamentos*» del plan.

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se tratan en este capítulo.

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la *Lista de medicamentos*, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en Internet con regularidad. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

- **agregar nuevos medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la *Lista de medicamentos***
 - Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a la *Lista de medicamentos*, podemos eliminar de forma inmediata un medicamento similar, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con restricciones iguales o menores.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la *Lista de medicamentos*.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselo más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **agregar medicamentos a la *Lista de medicamentos* y eliminar o modificar un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* con previo aviso**
 - Cuando añadimos otra versión de un medicamento a la *Lista de medicamentos*, podemos eliminar un medicamento similar, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La versión del medicamento que agregamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos determinadas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la *Lista de medicamentos*.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido por 30 días de la versión del medicamento que toma.
- **eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* que se retiran del mercado**
 - En ocasiones, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, el plan eliminará de inmediato el medicamento de la *Lista de medicamentos*. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que hagamos el cambio.
- **otros cambios en los medicamentos de la *Lista de medicamentos***
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo: según las advertencias en cajas de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar los cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional por 30 días de la versión del medicamento que toma.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona que emite la receta sobre las opciones que más le convendrían, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción, consulte el capítulo 9.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el año del plan actual

Podemos realizar ciertos cambios en la *Lista de medicamentos* además de los ya descritos. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si toma el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si se queda en el mismo plan.

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

- Cambiamos el medicamento a un nivel de costo compartido superior.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la *Lista de medicamentos*.

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que usted toma (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio anotado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que paga como la parte que le corresponde a usted del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá verificar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que lo afectarán durante el próximo año del plan.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa acerca de los tipos de medicamentos con receta que están «excluidos». Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Deberá pagar los medicamentos excluidos que reciba. Si realiza una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado, consulte el capítulo 9).

A continuación, se detallan 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 se cubriría bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *no indicado* en la etiqueta de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no indicado en la etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además según lo exige la ley, las siguientes categorías de medicamentos no cuentan con la cobertura de los planes de medicamentos de Medicare:

- medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad
- medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas de resfriado
- medicamentos que se utilizan con objetivos cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere que las pruebas asociadas y los servicios de control se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

Si recibe «Extra Help» (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos con receta, el programa «Extra Help» (Ayuda adicional) no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede buscar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Brindar la información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre su información de membresía del plan, que se encuentra en la tarjeta de membresía del plan, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente facturará al plan nuestra parte de los costos del medicamento. Deberá pagar a la farmacia la parte que le corresponde a usted del costo al momento de recoger su medicamento con receta.

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

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizás usted tenga que pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo recoja.** (Luego puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si se lo ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá los medicamentos con receta, siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (por ejemplo, un hogar para adultos mayores) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del establecimiento o la que utiliza, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* (www.cloverhealth.com/pharmacy) para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios al Miembro. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir, de manera habitual, sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos* o está restringido de alguna forma?

Consulte la sección 5.2 sobre los suministros temporales o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su grupo del empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura grupal de empleado o de jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será secundaria respecto a la cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año su grupo de empleador o de jubilación debe enviarle un aviso que informe si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es **acreditable**, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable porque podría necesitarlo después. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, usted podría necesitar estos avisos para mostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si usted no recibió el aviso sobre cobertura acreditable, puede solicitarle una copia al administrador de beneficios de su empleador o para el grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?**

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del proveedor o de la persona que emite la receta del centro de cuidados paliativos, que indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían contar con la cobertura de nuestro plan, pídale al proveedor, o a la persona que emite la receta del centro de cuidados paliativos que brinde información antes de hacer el pedido del medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o de que le den el alta del centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos según lo descrito en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, usted debe llevar a la farmacia la documentación para verificar la revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de las medicaciones**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura**

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

Realizamos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. Además, revisamos de forma periódica nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- posibles errores con la medicación
- medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- medicamentos que podrían no ser seguros ni adecuados por su edad o sexo
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si las toma al mismo tiempo
- recetas para obtener medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- cantidades no seguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar la medicación opioide de forma segura
---------------------	---

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otras medicaciones que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicaciones opioides que obtiene de varias personas que emiten la receta o farmacias, o si sufrió una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con las personas que emiten la receta para asegurarnos de que su uso de medicaciones opioides sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con las personas que emiten la receta, si decidimos que su uso de medicaciones opioides o benzodiacepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esas medicaciones. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- exigir que obtenga todas sus recetas de las medicaciones opioides o benzodiacepinas de cierta(s) farmacia(s)
- exigir que obtenga todas sus recetas de las medicaciones opioides o benzodiacepinas de cierto(s) médico(s)
- limitar el monto de las medicaciones opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que puede obtener estas medicaciones o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por anticipado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de una persona que emite la receta o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué persona que emite la receta o farmacias prefiere utilizar, así como otra información que considere importante

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

para que la sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estas medicaciones, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona que emite la receta tienen derecho a apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le brindaremos una nueva decisión. Si seguimos con la negación de cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a las medicaciones, enviaremos su caso de manera automática a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo colocará en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como un dolor relacionado con el cáncer o la anemia falciforme, si está recibiendo servicios del centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o atención en la etapa terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a manejar la medicación
---------------------	--

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Uno de ellos es el Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos crearon los programas para que podamos garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicaciones que exceden el monto específico de costos de medicamentos, o se encuentran en un DMP que ayuda a los miembros a utilizar los opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un Programa de MTM. Si cumple con los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le ofrecerán una revisión integral de todas las medicaciones. Durante la revisión, puede conversar sobre las medicaciones, los costos, y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos con receta y las medicaciones de venta libre. Obtendrá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluya los pasos a seguir para obtener los mejores resultados de las medicaciones. También recibirá una lista de medicaciones que incluirá todas las medicaciones que toma, la cantidad que toma y por

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

qué las toma. Además, los miembros del Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicaciones con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas y la lista de medicaciones recomendadas. Traiga el resumen cuando asista a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve con usted su lista de medicaciones actualizada (por ejemplo, con su id.) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adecue a sus necesidades, automáticamente le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si decide no participar, avísenos y le retiraremos del programa. Si tiene preguntas acerca de estos programas, llame a Servicios al Miembro.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus medicamentos
con receta de la Parte D*

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe ayuda para pagar los medicamentos?

Debido a que usted se encuentra en un programa que lo ayuda a pagar por los medicamentos, **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique para usted.** Le enviamos un documento aparte, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help (Ayuda adicional) para pagar medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que le explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1**Introducción**

Sección 1.1

Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos medicamento para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos tienen la cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por disposición legal.

Para entender la información sobre pagos, debe conocer qué medicamentos se cubren, dónde presentar las recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En las secciones 1 a 4 del capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la «herramienta de beneficios en tiempo real» del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la sección 3.3 del capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en «tiempo real», lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para darle una estimación de los costos de desembolso directo que se espera que pague. También puede obtener información brindada por la «herramienta de beneficios en tiempo real» llamando a Servicios al Miembro.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos
--------------------	---

Hay diferentes tipos de costos de desembolso directo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se llama costo compartido, y existen tres maneras en que se le puede pedir que pague.

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

Sección 1.3	De qué manera Medicare calcula los costos de desembolso directo
--------------------	--

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para los costos de desembolso directo. Las siguientes son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de los costos de desembolso directo.

Estos pagos están incluidos en los costos de desembolso directo

Los costos de desembolso directo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - etapa del deducible
 - etapa de cobertura inicial
- Todos los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente, antes de inscribirse en nuestro plan.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se incluyen en los costos de desembolso directo.
- Estos pagos también *se incluyen* en los costos de desembolso directo si **otras personas u organizaciones** los realizan en su nombre. Esto incluye los pagos por los medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, o el Servicio de Salud Indígena. Además, se incluyen los pagos del Programa «Extra Help» (Ayuda adicional) de Medicare.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en costos de desembolso directo en un año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos de desembolso directo

Los costos de desembolso directo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- la prima mensual
- los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- los medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos que no cubre Medicare
- los pagos que realiza para los medicamentos con receta que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- los pagos de los medicamentos realizados por Asuntos de Veteranos (VA).
- los pagos de los medicamentos realizados por otra persona con una obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización para trabajadores)

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- los pagos realizados por fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes

Recordatorio: si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes, paga parte o todos los costos de desembolso directo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios al Miembro.

¿Cómo puede llevar un registro del total de los gastos de desembolso directo?

- **Le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* de la Parte D (EOB) que recibe incluye el monto actual de los costos de desembolso directo. Cuando alcanza el monto de \$2,000, este informe le indicará que usted ha dejado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que usted se encuentre al recibir el medicamento
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clover Health Choice Value (PPO)?
--------------------	--

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado el deducible.

Existen tres etapas de pago de medicamentos para la cobertura de medicamentos con receta de Clover Health Choice Value (PPO). Lo que paga depende de en qué etapa se encuentre en el momento de adquirir o renovar un medicamento con receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: etapa del deducible anual

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Etapas 2: etapa de cobertura inicial**Etapas 3: etapa de cobertura catastrófica**

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

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual denominado Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)
--

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realizó cuando adquirió o renovó sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago del medicamento a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina **costo de desembolso directo**. Esto incluye lo que pagó cuando recibió el medicamento cubierto de la Parte D, los pagos por sus medicamentos realizados por familiares o amigos, y los pagos realizados por sus medicamentos mediante «Extra Help» (Ayuda adicional) de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los SPAP.
- Llevamos el registro sobre los **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si recibió uno o más medicamentos con receta a través del plan el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que ha adquirido en el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos en el precio desde la primera obtención para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá la información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta, si corresponde.

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

Para dar seguimiento a sus costos de medicamentos y a los pagos que usted realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Nos permite asegurarnos que estamos informados sobre los medicamentos con receta que adquiere y lo que usted paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos de desembolso directo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso directo, bríndenos copias de los recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe brindarnos copias de los recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando usted efectúa un copago de los medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia para pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que paga el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hagan por usted.** Los pagos que efectúen ciertas personas y organizaciones también cuentan para los costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos que realice un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos Contra el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso directo. Realice un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de los costos.
- **Consulte el informe escrito que nosotros le enviamos.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, léala detenidamente para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que algo falta o si tiene preguntas, llámenos a Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estos informes.
 - Si desea recibir un resumen de la *Explicación de beneficios* de la Parte D digital, puede registrar una cuenta con nuestro administrador de beneficios de farmacia, CVS Caremark, en el portal caremark.com y optar por recibir estados de cuenta digitales. Recibirá un correo electrónico que le avisará que un nuevo documento está disponible para su visualización en el portal en línea.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, paga el costo total de los medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5

La etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$150 por los medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y las vacunas para viajes. **Debe pagar el costo completo de los medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo completo** suele ser más bajo que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$150 por los medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5, abandona la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos de medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted
------------------	---

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde obtenga el medicamento con receta
--------------------	---

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga la parte que le corresponde a usted (el coseguro). La parte que le corresponde a usted del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtiene el medicamento con receta.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- El nivel 1 de costo compartido (el nivel de costo compartido más bajo) incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 de costo compartido incluye los medicamentos genéricos.
- El nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferida y medicamentos genéricos no preferidos. Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferida y medicamentos genéricos no preferidos. Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El nivel 5 de costo compartido (el nivel de costo compartido más alto) incluye medicamentos especializados, medicamentos de marca y medicamentos genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un control especial o un monitoreo cercano. Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Solamente en situaciones limitadas, cubrimos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red.
- Farmacia del plan con servicio de envío por correo.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 y el Directorio de farmacias del plan en (www.cloverhealth.com/pharmacy).

Sección 5.2	Tabla que muestra los costos para un suministro de un medicamento de un mes
--------------------	--

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde a usted del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

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

En ocasiones, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

La parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene un suministro de un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener detalles). (Un suministro para hasta 30 días).
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$8 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferida)	35 % de coseguro	35 % de coseguro	35 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	31 % de coseguro	31 % de coseguro	31 % de coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado el deducible.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Consulte la sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3	Si su médico le receta menos de un suministro de un mes, tal vez no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes
--------------------	---

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre un suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que a usted o al médico le gustaría que obtenga un suministro de menos de un mes de medicamento (por ejemplo, cuando prueba una medicación por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro de menos de un mes completo de los medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de renovación de los diferentes medicamentos con receta.

Si recibe un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos, no deberá pagar el suministro de todo el mes.

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de pagar por el mes completo. Calcularemos el monto que usted paga por cada día de su medicamento (la «tasa diaria de costo compartido») y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4	Tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (para hasta 100 días) de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como «suministro prolongado»). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

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

- En ocasiones, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

La parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta de la Parte D que está cubierto:

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de envíos por correo (un suministro para hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$24 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferida)	35 % de coseguro	35 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	31 % de coseguro	31 % de coseguro

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado el deducible.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos de desembolso directo del año alcancen \$2,000

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de desembolso directo alcancen los \$2,000. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La EOB de la Parte D que recibirá lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto han gastado el plan, usted y los terceros en su nombre, en los medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,000 de desembolso directo en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los costos de desembolso directo.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de desembolso directo alcanzaron el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede buscar estas vacunas incluidas en la «*Lista de medicamentos*» del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo, incluso si no ha pagado el deducible. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna propiamente dicho**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la aplicación de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

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

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo.

2. dónde recibe la vacuna

- Una farmacia o el consultorio del médico le pueden brindar la vacuna.

3. quién le aplica la vacuna

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden aplicarle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor se la puede aplicar en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa para el pago de medicamentos** en la que esté.

- En ocasiones, cuando reciba una vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna y el costo para que el proveedor aplique la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, al recibir la vacuna, solo pagará la parte que le corresponde a usted conforme al beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación le mostramos tres ejemplos de maneras de recibir una vacuna de la Parte D.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Situación 1: recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta alternativa dependerá del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el coseguro de la vacuna, que incluye el costo de aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

Situación 2: recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y el costo para que el proveedor aplique la vacuna.
- Luego, puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la aplicación), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos por lo general. (Si recibe «Extra Help» [Ayuda adicional], le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio del médico donde se la aplican.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna propiamente dicha.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el coseguro por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando el médico le aplique la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo completo de este servicio.
- Luego, puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos descritos en el capítulo 7.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la aplicación de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos por lo general. (Si recibe «Extra Help» [Ayuda adicional], le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra
parte de una factura que usted recibió
por servicios médicos o medicamentos
cubiertos*

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, es posible que deba pagar el costo completo cuando recibe atención médica o un medicamento con receta. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (devolver el dinero con frecuencia se denomina «reembolsar»). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando usted haya pagado más que la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para que obtenga el reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por un monto mayor al de la parte que le corresponde a usted de los costos compartidos, tal como se indica en el documento. Intente resolver la factura con el proveedor primero. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted sigue en su derecho de recibir tratamiento.

A continuación, se brindan ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que usted ha recibido:

1. Cuando recibió atención médica por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando recibió atención por parte de un proveedor que no pertenece a nuestra red, solo es responsable de pagar la parte que le corresponde a usted del costo. (La parte que le corresponde a usted del costo puede ser mayor si recibe atención de un proveedor fuera de la red que de un proveedor de la red). Pida al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de prestar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios de atención de urgencia o emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos el dinero de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya hecho.
- Usted puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de todos los pagos que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya ha pagado más que la parte que le corresponde a usted del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos el dinero de nuestra parte del costo.
- Tenga en cuenta lo siguiente: si bien puede obtener atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente y solicitarle solo la parte que le corresponde a usted. Pero en ocasiones cometen errores y le solicitan que pague más de la parte que le corresponde a usted.

- Solo debe pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados «facturación de saldos». Esta protección (que usted nunca paga más que el monto del costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted crea es superior a lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

que haya hecho y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía conforme al plan.

3. Si se inscribió de forma retroactiva en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber ocurrido el año pasado).

Si usted se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó por desembolso directo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, como los recibos y las facturas, para que nos ocupemos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto suceda, tendrá que pagar el costo completo de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para informarse sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando pague el costo completo de un medicamento con receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, quizá usted deba pagar el costo completo del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado para el medicamento con receta.

6. Cuando pague el costo completo por un medicamento con receta en otras situaciones

Posiblemente tenga que pagar el costo completo del medicamento con receta porque se dio cuenta de que, por algún motivo, el medicamento con receta no se cubre.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la «*Lista de medicamentos*» del plan o puede tener un requisito o una restricción que usted no conocía o pensó que no se aplicaba en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, quizá deba pagar el costo completo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado para el medicamento con receta.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si le denegamos la solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el capítulo 9 de este documento hay más información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos la factura y los documentos de cualquier pago que haya efectuado. Se recomienda hacer una copia de la factura y de los recibos para conservarlos en sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses posteriores** a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos brinda toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para realizar su solicitud de pago.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (www.cloverhealth.com/en/members/plan-documents) o llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíenos por correo la solicitud de pago **de reclamos médicos** junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

- Clover Health
Attention: Medical Claims
PO Box 21164
Eagan, MN 55121

Envíenos por correo postal la solicitud de pago **de reclamos odontológicos** junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

- DentaQuest Claims & Reimbursement
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201

Envíenos por correo postal la solicitud de pago **de reclamos oftalmológicos** junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

- EyeQuest Claims & Reimbursement
PO Box 433
Milwaukee, WI 53201

Debe presentarnos sus reclamos médicos, odontológicos y oftalmológicos dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos por correo la solicitud de pago **de medicamento con receta** junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

- Medicare Part D Paper Claims
PO Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Debe presentarnos su reclamo de medicamento con receta dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o los medicamentos están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas, le pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo postal el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no se cubren o usted no cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta donde se expliquen los motivos por los que no enviaremos el pago y sus derechos a apelar dicha decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados e importantes fechas límite. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos brindar información en una forma que funcione para usted y que coincida con sus sensibilidades culturales (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

El plan debe garantizar que todos los servicios, tanto médicos como no médicos, se presten de una forma culturalmente competente y estén disponibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con origen étnico y cultural diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de intérpretes, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan dispone de servicios de intérpretes gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También le podemos brindar información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si usted lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan, en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información en un formato adecuado para usted, llame a Servicios al Miembro.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica rutinarios y preventivos de la mujer.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame a Servicios al Miembro 1-888-778-1478 o al

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

711 para usuarios TTY para presentar una queja. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
--------------------	--

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros con discapacidades o que no hablan español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado en su caso. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Si tiene dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible para usted, llame para presentar un reclamo ante el plan de Clover Health. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o, directamente, ante la Oficina de Derechos Civiles (la información de contacto está incluida en esta *Evidencia de cobertura* o en formato digital). O puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-778-1478 o al 711 para obtener información adicional.

Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión y aún pagar el monto de costo compartido dentro de la red.

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos por parte de sus proveedores *en un lapso de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

de los especialistas cuando necesita dicha atención. También tiene derecho a adquirir o renovar sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red sin retrasos prolongados.

Si piensa que no recibe la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un lapso de tiempo razonable, en el capítulo 9 se le indica qué puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

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

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y demás información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con la información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito, denominado Aviso de práctica de privacidad, que le informa sobre estos derechos y 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 alteren sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si intentamos proporcionar la información médica a cualquier persona que no le brinde ni pague su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso o el de alguien a quien usted le haya dado el derecho legal de tomar decisiones por usted por escrito.*
- Existen ciertas excepciones que no nos obligan a obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Ya que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare la información médica, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

divulga su información para fines de investigación u otros usos, lo hará conforme a las leyes y los reglamentos federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de forma exclusiva.

Usted puede ver la información de sus registros y saber cómo se dio a conocer a otras personas

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos del plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cargarle una tarifa por reproducir copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se compartió su información médica con otras personas para cualquier objetivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios al Miembro.

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Clover Health Choice Value (PPO), usted tiene derecho a recibir diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro:

- **Información sobre nuestro plan.** Por ejemplo, esto incluye información sobre la condición financiera del plan.
- **Información acerca de las farmacias y los proveedores de la red.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.** Puede encontrar información sobre los servicios médicos en los capítulos 3 y 4. En los capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

En el capítulo 9 se brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué no se cubre o se restringe la cobertura de un servicio médico o medicamento de la Parte D. En el capítulo 9 también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5**Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamientos y a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica**

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

También tiene el derecho a participar plenamente en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamientos que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicaciones y a usar los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le indiquen los riesgos involucrados en su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención médica o el tratamiento propuesto forman parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir «no».** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro establecimiento médico aunque su médico le indique no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar la medicación. Por supuesto que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que suceda con su cuerpo en consecuencia.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por su cuenta

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por ellas mismas debido a que sufren accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué desea que suceda si se llegara a encontrar en esta situación. Esto significa que, si lo desea, puede hacer lo siguiente:

- completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomarlas por su cuenta
- **darles a los médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por su cuenta

Los documentos legales que se pueden utilizar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan «**instrucciones anticipadas**». Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos denominados «**testamento vital**» y «**poder notarial sobre la atención médica**» son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una «instrucción anticipada» para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de insumos de oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas por parte de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, debe recordar que es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Debe proporcionarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quien puede tomar decisiones si usted no puede hacerlo. Puede proporcionarle copias a amigos cercanos y familiares. Mantenga una copia en casa.

Si sabe con anticipación que se internará en un hospital y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia consigo al hospital.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles; se le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección completar una instrucción anticipada o no (que incluye si desea firmar una mientras está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o el hospital no respetó las instrucciones establecidas, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva Jersey.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

En el capítulo 9 de este documento se le informa qué puede hacer si tiene problemas, inquietudes o quejas, y necesita solicitar la cobertura o presentar una apelación. Lo que sea que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

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

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro motivo?

Si considera que se lo trató injustamente o que sus derechos no se respetaron y no se trata de discriminación, usted puede obtener ayuda para abordar el problema:

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar a Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8	Cómo obtener información adicional sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede **llamar a Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación «Derechos y protecciones en Medicare». (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan
------------------	--

Lo que necesita hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4 se brinda información detallada sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan información detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** En el capítulo 1 se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a los médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y continuando con su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene alguna duda, no deje de preguntar y asegúrese de obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe en una forma que ayude a facilitar el funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Usted debe pagar las primas del plan.
 - Debe continuar pagando las primas de la Parte B de Medicare para continuar como miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - Si debe pagar una penalización por inscripción tardía, debe pagar dicha penalización para mantener la cobertura de medicamentos con receta.
 - Si usted está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe continuar pagando el monto adicional directo al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio, no puede permanecer como miembro del plan.**
- **Si se muda,** también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para manejar problemas o inquietudes:

- Para algunos problemas, usted debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, usted necesita usar el **proceso para presentar quejas**.

Medicare aprobó ambos procesos. Cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

La guía en la sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?
--------------------	--

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no resultan familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice «realizar una queja» en lugar de «presentar una queja», «decisión de cobertura» en lugar de «determinación de la organización», «determinación de cobertura» o «determinación en riesgo», y «organización de revisión independiente» en lugar de «Entidad de Revisión Independiente».
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces muy importante, que usted sepa los términos legales correctos. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más precisa para obtener la ayuda o información correcta para su

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

situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información detallada para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 **Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, debemos respetar su derecho a presentar la queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente si necesita ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que usted también desee la ayuda o guía de una persona que no esté relacionada con nosotros. A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecer guía sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los enlaces al sitio web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 **Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía que sigue le servirá de ayuda.

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

¿Su problema o inquietud se refiere a los beneficios o a la cobertura?

Esto incluye problemas con respecto a si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, la manera en que se cubre y los problemas relacionados con el pago de la misma.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **sección 4, Una guía para los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya directamente a la **sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes.**

APELACIONES Y DECISIONES DE COBERTURA

SECCIÓN 4	Una guía para los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones
------------------	---

Sección 4.1	Preguntar por las decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, por lo general nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Utilice la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no, y la manera en que algo está cubierto.

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

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por la atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que el médico de su red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* aclare que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien formula la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se cancele la solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que no se cubra la atención médica, o que Medicare ya no la cubra en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede «apelar» la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que se abordan más adelante, usted puede solicitar una apelación acelerada o «apelación de respuesta rápida» de una decisión de cobertura. Diferentes revisores manejan su apelación en lugar de aquellos que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, a eso se lo llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que hayamos cumplido las reglas como corresponde. Cuando hayamos completado la

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

revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se desestimaré una solicitud de Apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien formula la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se cancele la solicitud. Si desestimamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una Apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una Apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos de manera automática su apelación para recibir atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su Apelación de Nivel 1.
- Consulte la **sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para recibir atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más a fondo en la sección 6 de este capítulo.

Si no queda satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, usted podría pasar por otros niveles de apelación adicionales (en la sección 9 de este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o realice una apelación
--------------------	---

Estos son algunos recursos que tiene disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro**.
- Puede **obtener asistencia gratuita** por parte de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted**. Si su médico colabora en una apelación más allá del Nivel 2, se lo deberá designar como representante. Llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de «nombramiento de representante». (El formulario también está disponible en el sitio web de

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

Medicare en

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

- Para obtener atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o puede hacer una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que emite la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega la Apelación de Nivel 1, su médico u otra persona que emite la receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para pedir una decisión de cobertura o realizar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el *formulario de nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le da a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Deberán firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni concluir nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho de solicitar que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el Colegio de Abogados de su localidad u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales sin costo, si cumple con los requisitos para

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

recibirla. No obstante, **no tiene obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?
--------------------	--

Existen cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes, proporcionamos los detalles de cada una en una sección independiente:

- **Sección 5** de este capítulo: su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 6** de este capítulo: sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria prolongada si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto. (Se aplica únicamente a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Servicios al Miembro. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el programa SHIP.

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

Sección 5.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de la atención
--------------------	--

Esta sección es acerca de sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga). En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una

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

solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, y desea pedir a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le dijeron que la cobertura para cierta atención médica que recibe y que habíamos aprobado anteriormente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

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

Nota: si la cobertura que se interrumpirá es de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2

Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada**.

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

La decisión estándar de cobertura suele tomarse en un plazo de 14 días calendario o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. La decisión rápida de cobertura suele tomarse en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no para solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *únicamente* si utilizar las fechas límite estándares *pudiera ocasionar un daño grave a su salud o afectar a su capacidad de desempeño*.

Si su médico nos informa que su salud requiere de una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura.

Si nos solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:

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

- Se le informará que utilizaremos las fechas límite estándares.
- Se le informará que, si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, la emitiremos automáticamente.
- Se le informará que puede presentar una queja de respuesta rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: pídale al plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud y que nosotros proporcionemos o autoricemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

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

Usamos las fechas límite estándares para las decisiones estándar de cobertura.

Significa que le daremos una respuesta dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud por **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le responderemos **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. Le brindaremos una respuesta sobre la queja en cuanto tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

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

Utilizamos un plazo acelerado para las decisiones rápidas de cobertura.

Una decisión rápida de cobertura significa que si su solicitud es para un artículo o servicio médico, responderemos dentro de las 72 horas. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: si no aprobamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

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

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

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación de respuesta rápida.

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

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesitan una apelación de respuesta rápida. Si su médico nos informa de que su salud exige una apelación de respuesta rápida, le daremos una apelación de respuesta rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación de respuesta rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión rápida de cobertura y que figuran en la sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite al plan una apelación o una apelación de respuesta rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación al llamarnos. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Si solicita una apelación de respuesta rápida, preséntela por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle de nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tuvo un buen motivo para no hacerlo, explique el motivo al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Causa justificada puede ser, por ejemplo, una enfermedad grave que evitó que pudiera comunicarse con nosotros o si nosotros le proporcionamos información incorrecta o incompleta de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su decisión médica.** Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.

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

Paso 3: consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, controlamos cuidadosamente toda la información. Evaluamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y nos comunicaremos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación de respuesta rápida

- Para las apelaciones de respuesta rápida, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le brindamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período extendido, si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud de manera automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba la apelación.

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

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le responderemos **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos de nuestra decisión con más rapidez si su afección de salud lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una «queja de respuesta rápida». Cuando presente una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
 - Si no le brindamos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una Apelación de Nivel 2, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente la apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

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

Sección 5.4 Paso a paso: cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la llama su expediente del caso. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente considerarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una apelación de respuesta rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación de respuesta rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación de respuesta rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si la solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe brindarle una respuesta sobre su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si la solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe brindarle una respuesta sobre su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará de su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- **Si la organización de revisión aprueba parcial o totalmente una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión respecto de la solicitud estándar. En el caso de solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión aprueba parcial o totalmente la solicitud por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a recibir la decisión por parte de la organización de revisión respecto de la **solicitud estándar**. En el caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha de recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parcial o totalmente la apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de

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

cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Se explica la decisión.
- Se le notifica su derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de atención médica alcanza cierto monto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el monto monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Se indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación). Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	---

En el capítulo 7 se describe cuándo puede solicitar el reembolso o que se pague una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que nos solicita el reembolso, nos pide una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Aceptamos la solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo por lo general,

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

dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos la solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o usted no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En tal caso, le enviaremos una carta donde se le informará que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si usted presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Si nos solicita que le reembolsemos por la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación de respuesta rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Sección 6.1	Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección**

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

únicamente trata sobre los medicamentos de la Parte D. Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en vez de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término *Lista de medicamentos* en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario de medicamentos*.

- Si no sabe si se cubre un medicamento o si usted cumple con las reglas, consúltenos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su medicamento con receta no puede adquirirse de acuerdo con la manera en que la receta está escrita, la farmacia le brindará un aviso por escrito en donde se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le informa lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la *Lista de medicamentos* cubiertos del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en el monto del medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita que paguemos un monto de costo compartido inferior por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido superior. **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Paga un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 6.4.**

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

Si usted está en desacuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* algunas veces se denomina solicitar una **excepción al Formulario de medicamentos**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento algunas veces se denomina solicitar una **excepción al Formulario de medicamentos**.

Solicitar el pago de un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en la que usted quisiera que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos la solicitud de excepción, su médico u otra persona que emite la receta necesitarán explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que emite la receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos*.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la «*Lista de medicamentos*», deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4: medicamentos de marca no preferida. No puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que rigen para ciertos medicamentos de nuestra «*Lista de medicamentos*». Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar

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

una restricción en su caso, puede solicitar una excepción del monto de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.

Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número de nivel de costo compartido, menos pagará como la parte que le corresponde a usted del costo del medicamento.

- Si en nuestra *Lista de medicamentos* hay medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos a un costo compartido inferior. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos a un monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos a un monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos la solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3

Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otra persona que emite la receta deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que emite la receta cuando solicite la excepción.

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

Generalmente, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles de costo compartido inferiores no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta que finaliza el año del plan. Esto es así, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción
--------------------	---

Términos legales

Una decisión rápida de cobertura se denomina determinación de cobertura acelerada .
--

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

Las **decisiones estándar de cobertura** se toman dentro de las **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman dentro de las **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

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

- Tiene que solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
- Debe ser un caso en que utilizar las fechas límite estándares podría ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona que emite la receta le informan que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, le brindaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de la persona que emite la receta, decidiremos si su estado de salud exige que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
 - Se le informará que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Se le informará que, si su médico u otra persona que emite la receta solicita una decisión rápida de cobertura, la emitiremos automáticamente.
 - Se le informará que puede presentar una queja de respuesta rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos la queja dentro de las 24 horas posteriores al recibo.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud y que nosotros proporcionemos o autoricemos la cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso las solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS o en el formulario del plan, que está disponible en nuestro sitio web en <https://www.cloverhealth.com/part-d>. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2. También puede presentar la determinación de cobertura en nuestro sitio web en <https://www.cloverhealth.com/part-d>. Desplácese hacia abajo hasta la sección «¿Cómo solicito una determinación o excepción de cobertura?» y encontrará un enlace llamado «En línea: formulario de determinación de cobertura». Puede completar el formulario en línea y presentar su solicitud de determinación de cobertura electrónicamente para el procesamiento. Para que podamos procesar su

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

solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifique el reclamo rechazado que se apela.

Usted, su médico (u otra persona que emite la receta) o su representante pueden hacerlo. Además, un abogado puede actuar en su nombre. En la sección 4 de este capítulo se informa cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración acreditativa** donde se incluyen los motivos médicos de la excepción. Su médico u otra persona que emite la receta pueden enviar a nuestro plan la declaración por fax o por correo postal. O bien, su médico u otra persona que emite la receta pueden informarnos por teléfono, y como seguimiento enviar por fax o por correo una declaración firmada, si fuera necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración acreditativa del médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico en apoyo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

Fechas límite para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que todavía no recibió

- Por lo general, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración acreditativa de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionarle **dentro de las 72 horas posteriores** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico en apoyo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión estándar de cobertura acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó**, también debemos efectuarle el pago exigido dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede apelar.

- Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación de respuesta rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación de respuesta rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, una apelación de respuesta rápida se realiza en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo exige, solicite una apelación de respuesta rápida.

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre un medicamento que usted aún no ha recibido, usted y su médico, u otra persona que emite la receta, deberán decidir si necesitan una apelación de respuesta rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación de respuesta rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión rápida de cobertura y que figuran en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, médico u otra persona que emite la receta se debe comunicar con nosotros y presentar su **Apelación de Nivel 1**. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitarnos una **apelación de respuesta rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Para las apelaciones de respuesta rápida, presente la apelación por escrito o llámenos al 1-855-479-3657.** La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

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

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluso las solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS, disponible en nuestro sitio web <https://www.cloverhealth.com/part-d>. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información relacionada con el reclamo para que podamos procesar la solicitud.
 - También puede presentar una apelación electrónicamente en nuestro sitio web en <https://www.cloverhealth.com/part-d>. Desplácese hacia abajo hasta la sección «¿Cómo solicito una apelación?» y encontrará un enlace llamado «En línea: formulario de redeterminación de cobertura». Puede completar el formulario en línea y presentar su solicitud de redeterminación de cobertura electrónicamente para el procesamiento.
 - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle de nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tuvo un buen motivo para no hacerlo, explique el motivo al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Causa justificada puede ser, por ejemplo, una enfermedad grave que evitó que pudiera comunicarse con nosotros o si nosotros le proporcionamos información incorrecta o incompleta de la fecha límite para solicitar una apelación.
 - **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a controlar con atención la información correspondiente a su solicitud de cobertura. Evaluamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Tal vez nos comuniquemos con usted, con su médico o con la persona que emite la receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación de respuesta rápida

- Para las apelaciones de respuesta rápida, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le

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

informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una organización de revisión independiente la evaluará. La sección 6.6 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que todavía no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos antes nuestra decisión si usted aún no ha recibido el medicamento y su afección de salud requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la evaluará. En la sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo exija su estado de salud, pero no después de los **7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un pago por un medicamento que ya compró

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

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago exigido dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: si no aprobamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar *otra* apelación.

- Si decide hacer otra apelación, significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otra persona que emite la receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si no aprobamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo hacer una Apelación de Nivel 2** ante la

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

organización de revisión independiente. Estas instrucciones lo guiarán para saber quién puede hacer esta Apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro Programa de Manejo de Medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamo a la IRE.

- Nosotros le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la llama su expediente del caso. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente considerarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la apelación de respuesta rápida

- Si su salud así lo exigiese, solicite una apelación de respuesta rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acuerda otorgarle una apelación de respuesta rápida, dicha organización deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de una apelación estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a la Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le brindemos un reembolso por un medicamento que ya pagó, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones de respuesta rápida:

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

- Si la organización de revisión independiente aprueba todo o parte de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que la organización de revisión aprobó **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.

Para las apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente aprueba todo o parte de la solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que la organización de revisión aprobó **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.
- Si la organización de revisión independiente aprueba todo o parte de la solicitud de reembolsarle un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión no aprueba su apelación?

Si esta organización rechaza **parcial o totalmente** la apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de la solicitud). (Esto se denomina «confirmar la decisión». También se denomina «rechazar su apelación»). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Se explica la decisión.
- Se le notifica su derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación).

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

- Si quiere pasar a la Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 **Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria prolongada si piensa que se le da el alta demasiado pronto**

Cuando se lo ingresa en el hospital, usted tiene derecho a que se cubran todos sus servicios hospitalarios que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día de su alta. Organizarán la atención que pueda necesitar posterior al alta.

- El día que usted abandona el hospital se denomina su **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si piensa que se le pide que abandone el hospital demasiado rápido, puede solicitar una estadía hospitalaria prolongada y su solicitud se tomará en consideración.

Sección 7.1	Durante su estadía hospitalaria, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos
--------------------	---

En un plazo de dos días calendario desde su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso por parte de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

1. Lea detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende. En el aviso, se le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía hospitalaria, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar en cualquier decisión con respecto a su estadía hospitalaria.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que el hospital le da el alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos la atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso muestra solo que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted acepta la fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) cuando la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al Miembro o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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

Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitar que prolonguemos la cobertura de sus servicios de hospitalización, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Revisa si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas cubiertas por Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el capítulo 2.

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

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche de la fecha de alta**.
 - **Si cumple con esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital después de la fecha de su alta *sin tener que pagar su estadía* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite**, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de su alta programada, tal vez deba pagar todos los costos de la atención médica que reciba posterior a su fecha de alta programada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea realizar la apelación, debe presentarla directo a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de hacer una apelación, consulte la sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que nos comuniquemos, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se brinda su fecha de alta programada y se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** si llama a Servicios al Miembro o al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree

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

que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare algo por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si desea.

- Los revisores también verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Antes del mediodía del día posterior al cual los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que proporcionará su fecha de alta programada. En este aviso se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: en el plazo de un día posterior a que haya recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se aprueba la apelación?

- Si la organización de revisión aprueba su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo que dichos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, le informa que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización finalizará** al mediodía del día posterior al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda su apelación.
- Si la organización de revisión da una respuesta negativa a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es **posible que deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé respuesta a su apelación.

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

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta negativa a su apelación y permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, entonces puede realizar otra apelación. Hacer otra apelación significa pasar al «Nivel 2» del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una Apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión de la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de la estadía después de la fecha de alta programada.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendarios** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad considerarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud para una Apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos y podrían aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación). Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)

Cuando recibe **servicios médicos a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria)** cubiertos, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos correspondientes a ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando su cobertura de esos servicios finalice, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención.*

Si piensa que finalizamos la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

Aviso de finalización de la cobertura de Medicare. En este aviso se informa cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura en relación con cuándo finalizar su atención.

1. Recibe un aviso por escrito al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, se le informa:

- la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención
- cómo presentar una apelación de vía rápida para solicitar que mantengamos la cobertura de su atención durante más tiempo

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

2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió. Firmar el aviso significa *únicamente* que recibió la información acerca de la finalización de la cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de finalizar la atención.

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si desea pedirnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá usar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de la atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica financiados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es tiempo de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presentar una Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación de vía rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (Aviso de finalización de la cobertura de Medicare) se le informa cómo ponerse en contacto con esta organización.

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

También puede buscar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el capítulo 2.

- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, seguirá teniendo derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** en el Aviso de finalización de la cobertura de Medicare.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
Explicación detallada de la finalización de cobertura. Es un aviso en el que se brindan detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad («revisores») le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare algo por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si desea.
- La organización de revisión también verá su información médica, hablará con su médico y consultará la información que el hospital y nuestro plan le hayan proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan acerca de su apelación, y usted recibirá una **explicación detallada de la finalización de cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle los motivos por los cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: en el lapso de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores aprueban su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Pueden existir limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores no aprueban su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, entonces **la cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) después de la fecha de finalización de la cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención médica.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted elige seguir recibiendo atención después de que su cobertura de atención haya finalizado, puede hacer una Apelación de Nivel 2.

Sección 8.4

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una Apelación de Nivel 2 debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión de la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo por los servicios de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un

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

establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) después de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad considerarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría. **Debemos seguir proporcionando la cobertura** de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe pagar la parte que le corresponde a usted de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

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

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles de apelación adicionales, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico por el que apeló alcanza ciertos montos mínimos, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo exigido, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que usted reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará cómo realizar una Apelación de Nivel 3.

Los últimos tres niveles de apelaciones funcionan casi de la misma manera para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones. A continuación, se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

- Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante aprueba su apelación, el proceso de apelaciones **puede o no haber concluido**. A diferencia de una decisión en la Apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una

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

decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una Apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber concluido.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le informará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

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

- **Si el Consejo aprueba su solicitud o si rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber concluido.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.

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

- Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5 y cómo continuar con dicha Apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple ciertos montos monetarios, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el monto monetario es menor, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que usted reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para realizar una Apelación de Nivel 3.

Los últimos tres niveles de apelaciones funcionan casi de la misma manera para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones. A continuación, se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

- Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que haya sido aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado litigante **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no después de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.

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

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le informará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

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

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que haya sido aprobada por el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no después de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, en el aviso se le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. En el aviso por escrito también se le indicará a quién debe contactar y qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

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

PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, Servicio al Cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Cree que se lo alienta a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a Servicios al Miembro u otro personal del plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o cuando se solicita un medicamento con receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo
Información que recibe de nuestra parte	• ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o hizo una apelación y considera que no respondemos con la rapidez suficiente, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Los siguientes son ejemplos: • Nos pidió una decisión rápida de cobertura o una apelación de respuesta rápida y la rechazamos; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos artículos, servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se denomina queja. • Realizar una queja también se denomina presentar una queja. • «Usar el proceso de quejas» también se denomina usar el proceso para presentar una queja. • Una queja de respuesta rápida también se denomina queja acelerada.

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

Sección 10.3 Paso a paso: cómo presentar una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios al Miembro.** Si es necesario hacer algo más, Servicios al Miembro se lo informará.
- **Si no desea llamar (o usted llamó y no estuvo satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Usted o su representante también pueden presentar una queja por escrito. Si un representante presenta una declaración en su nombre y tiene una representación legalmente designada (una persona autorizada por el tribunal. Puede incluir, entre otros, un tutor designado por el tribunal, una persona con poder notarial durable, un apoderado de atención médica, una persona designada en virtud de una ley de consentimiento de atención médica, un albacea testamentario), asegúrese de que dispongamos de esa información cuando se reciba la queja. De lo contrario, usted y su representante deben completar un formulario de nombramiento de representante (AOR) o un permiso equivalente por escrito, y enviarlo a Clover Health.

Un aviso equivalente por escrito incluye lo siguiente:

- nombre, domicilio y números de teléfono del inscrito y de la persona designada
- el número de reclamo del seguro de salud (HICN) o el identificador de beneficiario de Medicare del inscrito, o el número de id. del plan
- la condición profesional del representante designado o la relación con la parte
- una explicación escrita del objetivo y el alcance de la representación
- una declaración de que el inscrito autoriza al representante a actuar en su nombre para los reclamos en cuestión, y una declaración que autoriza la divulgación de información de identificación individual al representante
- una declaración de la persona designada en la que se indique que acepta el nombramiento
- firma y fecha colocada por el inscrito y la persona designada

Un formulario de representante es válido durante un año a partir de la fecha en que se firma, tanto para el inscrito como para el designado, a menos que se revoque. Puede encontrar los formularios AOR en www.cms.gov o en www.cloverhealth.com.

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

Presente su queja por escrito a:

Clover Health, Attention: Grievances

PO Box 21164, Eagan, MN 55121 o puede enviar un correo electrónico a Qualityteam@Cloverhealth.com.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario posteriores al surgimiento del problema sobre el cual desea presentar la queja.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama con una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es por su bien o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo haremos saber por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación de respuesta rápida, automáticamente le concederemos una queja de respuesta rápida.** Si presenta una queja de respuesta rápida, **significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que presenta una queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
---------------------	---

Cuando su queja es por la calidad de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de

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

médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

O bien,

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

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

Sección 10.5	También puede informarle a Medicare sobre su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre Clover Health Choice Value (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10:Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Clover Health Choice Value (PPO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede retirarse de nuestro plan porque usted decidió que desea retirarse. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo cancelar la membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted está obligado a cancelar su membresía. La sección 5 le informa sobre situaciones en las que debe finalizar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, el plan debe continuar brindando la atención médica y los medicamentos con receta, y usted debe continuar pagando el costo compartido hasta que termine su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier momento durante el **periodo de inscripción anual** (también llamado **periodo de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise la cobertura de salud y de medicamentos, y tome una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **El periodo de inscripción anual** se extiende desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o modificar su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta
 - Medicare Original junto con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

Capítulo 10:Cancelación de su membresía en el plan

- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Nota: si cancela la inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en un plan se cancelará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer un cambio a su cobertura de salud durante el **periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**.

El periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage se extiende desde el 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes del derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes del derecho.

Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage, usted puede hacer lo siguiente:

- Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscribió en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibimos su solicitud para cambiarse a

Capítulo 10:Cancelación de su membresía en el plan

Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción especial
--------------------	--

En ciertas situaciones, los miembros de Clover Health Choice Value (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. A esto se lo llama **periodo de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos solo son ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- por lo general, cuando se ha mudado
- si tiene Medicaid
- si es elegible para recibir «Extra Help» (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos con receta de Medicare
- si no cumplimos nuestro contrato
- si recibe atención en una institución, como un hogar para adultos mayores o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE)

Nota: si está en un Programa de Manejo de Medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En la sección 10 del capítulo 5 se informa más sobre los Programas de Manejo de Medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si usted es elegible para utilizar un periodo de inscripción especial, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 Si usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos con receta. Puede elegir:

Capítulo 10:Cancelación de su membresía en el plan

- otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta
- Medicare Original junto con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

Nota: si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Si recibe «Extra Help» (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía:

- **Llame a Servicios al Miembro.**
- Busque la información en el manual **Medicare y usted 2025**.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 10:Cancelación de su membresía en el plan**SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía de nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribáse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará la inscripción de Clover Health Choice Value (PPO) automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.
• Medicare Original junto con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Se cancelará la inscripción de Clover Health Choice Value (PPO) automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.
• Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo. • 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 pedir que se cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará la inscripción de Clover Health Choice Value (PPO) cuando comience la cobertura en Medicare Original.

Capítulo 10:Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo los artículos, servicios médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o el envío por correo para adquirir sus medicamentos con receta.**
- **Si se lo ingresa en el hospital el día que su membresía se cancela, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé de alta (aunque se le dé de alta después de que inicie su nueva cobertura de salud).**

SECCIÓN 5 Clover Health Choice Value (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Clover Health Choice Value (PPO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se traslada fuera de nuestra área de servicio.
- Si está afuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje prolongado, llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.
- Si se lo encarcela (va a prisión).
- Si usted ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esta información afecta a los requisitos de elegibilidad. (No

Capítulo 10:Cancelación de su membresía en el plan

podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).

- Si usted se comporta continuamente de una forma incorrecta y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si usted permite que alguien más utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría enviar su caso al Inspector General para que lo investigue.
- Si se le requiere que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará la inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener información adicional?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llame a Servicios al Miembro.

Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Clover Health Choice Value (PPO) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de cobertura* es el título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados bajo la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o CMS). Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, pueden aplicarse las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, incluso el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964; la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Discriminación por Edad de 1975; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible y todas las demás leyes que se aplican para organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, comuníquese con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudarlo.

Capítulo 11: Avisos legales

**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador
secundario de Medicare**

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con los reglamentos de los CMS en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) en las secciones 422.108 y 423.462, Clover Health Choice Value (PPO), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce conforme a los reglamentos de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

«Extra Help» (Ayuda adicional): es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros..

Apelación: una apelación es lo que usted puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos con receta, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: es el área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, generalmente es también el área donde usted obtiene servicios rutinarios (que no son de emergencia). El plan debe cancelar la inscripción si usted se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención domiciliaria: es una persona que proporciona servicios que no requieren la experiencia de un profesional de enfermería o un terapeuta con licencia, tales como ayuda con el cuidado personal (p. ej. bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Atención de emergencia: son los servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) se necesitan para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): es la atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un establecimiento de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solo pueden aplicar un enfermero diplomado o un médico.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Autorización previa: es la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan. En un PPO, no necesita la autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener los servicios por parte de los proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad del costo compartido. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están en la tabla de beneficios en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el *Formulario de medicamentos* y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de reemplazo automático. El reemplazo automático en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares son sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte «**Biosimilar intercambiable**»).

Cancelar la inscripción o cancelación de inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de cuidados paliativos: es un beneficio mediante el cual se ofrece un tratamiento especial para un miembro con certificación médica como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si usted elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, permanece como miembro de nuestro plan. Puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y su estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra a Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: es la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para recibir los beneficios de Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una penalización, si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro que ayuda a pagar por los medicamentos con receta, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros ambulatorios que no estén cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Copago: es el monto que le corresponde pagar a usted del costo de los servicios o suministros médicos, como por ejemplo la visita al médico, la atención hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. El copago por lo general es un monto fijo (por ejemplo, \$10) en lugar de un porcentaje.

Coseguro: es el monto que usted tiene que pagar expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como la parte que le corresponde a usted del costo por los servicios o medicamentos con receta después de que paga cualquier deducible.

Costo compartido: hace referencia a los montos que el miembro debe pagar por los servicios o medicamentos recibidos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto de «copago» fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) todo monto de «coseguro», un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de «costo compartido» mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costos de «desembolso directo» del miembro.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es el cuidado personal que se brinda en un hogar para adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro entorno de establecimiento cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia que brindan personas sin experiencia o capacitación profesional incluye la ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las atenciones relacionadas con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas para ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Deducible: es el monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: es la decisión sobre si un medicamento con receta está cubierto por el plan, y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. 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 documento.

Determinación de la organización: es una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se conocen como «decisiones de cobertura».

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente y que tenga un conocimiento promedio de la salud y la medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad, o la pérdida o problema grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Equipo médico durable (DME): es un determinado equipo médico solicitado por el médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, insumos para diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso domiciliario.

Establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): es un establecimiento que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno domiciliario.

Estadía hospitalaria: es la estadía en el hospital cuando se le ha internado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un «paciente ambulatorio».

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otros grupos calificados en su nombre) han gastado \$2,000 para medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos de desembolso directo del año hayan alcanzado el monto de desembolso directo.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: es este documento, junto con el formulario de inscripción y otros archivos adjuntos, cláusulas adicionales o de cobertura opcional seleccionados que explican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el Formulario de medicamentos (excepción al Formulario de medicamentos) o recibir un medicamento no preferido en el nivel inferior de costo compartido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan requiere autorización previa para un medicamento y usted desea que anulemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al *Formulario de medicamentos*).

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Facturación de saldos: es cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto del costo compartido mayor al permitido por el plan. Como miembro de Clover Health Choice Value (PPO), solo debe pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores facturen saldos ni le carguen más del monto del costo compartido que el plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: es una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren solo si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no tienen la cobertura de nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden consultar información completa, precisa, actualizada, clínicamente adecuada y específica sobre el *Formulario de medicamentos* y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, las medicaciones alternativas del *Formulario de medicamentos* que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación medicamento aceptada: es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Límite de cobertura inicial: es el límite máximo de cobertura dentro de la etapa de cobertura inicial.

Límite de desembolso directo: es el monto máximo que paga de desembolso directo por los medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Límites de cantidad: es una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados, por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en el monto de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo determinado.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos o Lista de medicamentos): es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica se cubrirán si cumple con los requisitos para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros y medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos se fabrican y venden por otros fabricantes de medicamentos y por lo general no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico: medicamento con receta que la FDA determina que tiene la misma droga activa que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento «genérico» funciona igual que un medicamento de marca y usualmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden tener la cobertura a través de la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Medicare Original («Medicare Tradicional» o Medicare «Fee-for-Service»): Medicare Original se ofrece a través del gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren por medio del pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Medicare Original consta de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Medicare: es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en fase terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o «miembro del plan»): es una persona que tiene Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, por lo cual la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Monto máximo de desembolso directo combinado dentro de la red: el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B ofrecidos por proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando obtenga los servicios cubiertos por parte de proveedores de la red durante el resto del año de contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto de desembolso directo combinado, debe continuar pagando la parte que le corresponde a usted de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Monto máximo de desembolso directo combinado: es el monto máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B, tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Nivel de costo compartido: cada medicamento en la *Lista de medicamentos* cubiertos está en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal que se encargan de revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte «Plan Medicare Advantage (MA)».

Parte D: Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare.

PCP: su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: es el monto que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare), durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más luego de que se considere elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Periodo de beneficios: es la forma en que tanto nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (o de enfermería especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un periodo de beneficios, comenzará un periodo nuevo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: es el periodo entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un periodo de 3 meses luego de que una persona se considere elegible para obtener Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción anual: es un periodo que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar el plan de medicamentos o de atención médica, o cambiar a Medicare Original.

Periodo de inscripción especial: es un periodo en el que los miembros pueden cambiar su plan de medicamentos o de atención médica, o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un periodo de inscripción especial incluyen si se muda fuera del área de servicio, si recibe «Extra Help» (Ayuda adicional) con los costos de los medicamentos con receta, si se muda a un hogar para adultos mayores o si infringimos nuestro contrato con usted.

Periodo de inscripción inicial: cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el periodo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios, tanto si se reciben de parte de proveedores de la red y fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros serán, por lo general, más elevados cuando se reciben los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de desembolso directo para los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos de desembolso directo combinados totales por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare se ofrece mediante una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, planes para necesidades especiales, programas de demostración/pilotos y Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Plan institucional equivalente para necesidades especiales (SNP): es un plan que inscribe a personas elegibles que residen en la comunidad pero que requieren de un nivel de atención institucionalizada basada en la evaluación que realiza el estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta respectiva de evaluación de nivel de atención del estado y la debe administrar una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales debe restringir la inscripción a las personas que residen en un establecimiento de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): es un plan para inscribir a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un establecimiento de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un establecimiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo que cuentan con la cobertura de la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional para necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los establecimientos de LTC específicos.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un plan de cuentas de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan PACE: el plan del Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas débiles para ayudarlas a mantenerse independientes y que vivan en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para adultos mayores) en la medida de lo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales de atención crónica: los planes para necesidades especiales de atención crónica (C-SNP) son planes para necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en el título 42 del CFR, artículo 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las agrupaciones múltiples de afecciones comúnmente comórbidas y vinculadas clínicamente especificadas en el título 42 del CFR, artículo 422.4(a)(1)(iv).

Plan para necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar para adultos mayores o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Planes para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP permiten que se inscriban las personas que tienen derecho a recibir Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) y la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Póliza «Medigap» (seguro complementario de Medicare): es un seguro complementario a Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir «faltas» en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el plan de Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: es el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: es un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como la comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también «**Producto biológico original**» y «**Biosimilar**»).

Programa de Descuentos de Fabricantes: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: son los dispositivos médicos que incluyen, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, por ejemplo, suministros de ostomía y para la terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de la red: «proveedor» es el término general que se utiliza para denominar a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y demás centros de atención médica con licencia o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los «**proveedores de la red**» tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan «proveedores del plan».

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Proveedor o establecimiento fuera de la red: es un proveedor o establecimiento que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni operan con nuestro plan.

Queja: el nombre formal para «realizar una queja» es «presentar una queja». El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente que usted recibe. También incluye quejas si el plan no cumple con plazos en el proceso de apelación.

Queja: es un tipo de queja que usted realiza sobre nuestro plan, los proveedores, nosotros o una de las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. No involucra conflictos sobre la cobertura o el pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con recursos e ingresos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios al Miembro: es un departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios extra, como los beneficios oftalmológicos, odontológicos y de audición que podría ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros médicos cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Capítulo 12:Definiciones de palabras importantes

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, debido a su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte «Extra Help» (Ayuda adicional).

Tarifa de reparto: es la tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, como el tiempo que el farmacéutico se toma para preparar y envasar el medicamento con receta.

Tasa diaria de costo compartido: una «tasa diaria de costo compartido» se puede aplicar cuando el médico le receta menos suministro que el de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. La tasa diaria de costo compartido es el copago, dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. A continuación le proporcionamos un ejemplo: si el copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su «tasa diaria de costo compartido» es de \$1 por día.

Terapia escalonada: es una herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de una afección médica antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

Servicios al Miembro de Clover Health Choice Value (PPO)

Método	Servicios al Miembro: información de contacto
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos. Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Miembro están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.
ESCRIBA A	Clover Health PO Box 21164 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

SHIP de Nueva Jersey

SHIP de Nueva Jersey es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820 (solo dentro del estado); 1-877-222-3737 (fuera del estado)
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	Division of Aging and Community Services Department of Health PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715

Método	Información de contacto
SITIO WEB	https://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/

Declaración de divulgación de PRA: de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha información muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba al siguiente domicilio: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Estamos aquí para ayudar.

¿Preguntas?

 cloverhealth.com/eoc-sp

 **1-888-778-1478 (TTY 711)**
8 am–8 pm hora local, los 7 días de la semana*

*Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y feriados. Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) cada uno con su propio contrato con Medicare.

Y0129_24MX069C10_C