



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura

Los beneficios médicos de Medicare y la cobertura de servicios y medicamentos recetados para miembros de Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)

En este documento, se le brinda detalles sobre la atención médica y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente al 1-855-833-3668. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención del 1.º de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes

Mass General Brigham Health Plan, Inc. ofrece este plan, *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*. (En esta *Evidencia de Cobertura*, cuando se menciona “nosotros” o “nuestro”, se hace referencia a Mass General Brigham Health Plan). Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a *Mass General Brigham Advantage (PPO)*. Este documento está disponible de manera gratuita en español. Este documento también está disponible en braille y en letras grandes.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Le notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios con, al menos, 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Este documento le ayudará a comprender:

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

H9485_0504PDT_C

Este plan está suscrito por Mass General Brigham Health Plan, Inc.

Evidencia de Cobertura para 2023**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos para un miembro	4
SECCIÓN 1 Introducción	5
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos cumple para ser un miembro del plan?	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá	7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i>	8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6 Mantener al día su historial de membresía del plan.....	13
SECCIÓN 7 Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan	14
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	16
SECCIÓN 1 <i>Información de contacto de Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i> (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)	17
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	21
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	23
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad	24
SECCIÓN 5 Seguro Social	24
SECCIÓN 6 Medicaid	25
SECCIÓN 7 Información sobre programas de ayuda con el costo de medicamentos recetados	26
SECCIÓN 8 Cómo contactar con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.....	28
SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?.....	29
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos	30
SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para recibir atención médica como miembro de nuestro plan.....	31
SECCIÓN 2 Cómo usar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener atención médica.....	32
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, urgencia o durante una catástrofe	35
SECCIÓN 4 ¿Qué puede hacer si le facturan de manera directa el costo completo de sus servicios?	37
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	38

Índice

SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”	39
SECCIÓN 7	Reglas sobre la propiedad de un equipo médico duradero	40
CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)		43
SECCIÓN 1	Conozca sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos	44
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para conocer lo que se cubre y cuánto tendrá que pagar	46
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	91
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D.....		95
SECCIÓN 1	Introducción	96
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	96
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	100
SECCIÓN 4	Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos	102
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos de la manera en la que le gustaría?	103
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....	106
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	108
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	109
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	109
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la gestión de los medicamentos	111
CAPÍTULO 6: Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....		114
SECCIÓN 1	Introducción	115
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	117
SECCIÓN 3	Nosotros le enviamos informes en los que se explica los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	118
SECCIÓN 4	No hay deducible para Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) .	119
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos del medicamento costos y usted paga su parte.....	119
SECCIÓN 6	Costos de la Etapa del periodo sin cobertura.....	123
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura para catástrofes, el plan paga la mayor parte del costo de costos para sus medicamentos.....	123
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas.....	124

Índice

CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por los servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	126
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus su servicios o medicamentos cubiertos.....	127
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibíó	129
SECCIÓN 3 Tomaremos en cuenta su solicitud para el pago y responderemos de manera afirmativa o negativa	130
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	131
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como un miembro del plan.....	132
SECCIÓN 2 Al ser miembro del plan, tiene ciertas responsabilidades.....	137
CAPÍTULO 9: <i>Qué puede hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	139
SECCIÓN 1 Introducción	140
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada.....	140
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería seguir para solucionar su problema?	141
SECCIÓN 4 Una guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones	142
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación de una decisión de cobertura	144
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	152
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si considera que el médico le está dando de alta muy pronto.....	161
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura termina muy pronto.....	167
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores	173
SECCIÓN 10 Cómo realizar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes	176
CAPÍTULO 10: <i>Cómo cancelar su membresía del plan</i>	180
SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	181
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	181
SECCIÓN 3 ¿Cómo se cancela su membresía en nuestro plan?	183
SECCIÓN 4 Debe continuar obteniendo sus medicamentos y servicios médicos servicios y medicamentos a través de nuestro plan	184
SECCIÓN 5 <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i> debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	184

Índice

CAPÍTULO 11: Avisos legales.....	187
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente.....	188
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación	188
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	188
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes	189

CAPÍTULO 1:

*Primeros pasos para
un miembro*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i>, que es un plan PPO de Medicare
--------------------	---

Medicare le brinda cobertura. Usted ha escogido recibir su cobertura para atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. No obstante, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) es un plan de Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare Advantage. Este plan PPO está aprobado por Medicare, al igual que todos sus planes médicos, y dirigido por una compañía privada.

La cobertura de este plan se considera Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la ley de protección al paciente y cuidado de salud a bajo precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

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

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

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados que tiene a su disposición como miembro de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*.

Es importante que conozca las normas del plan y los servicios que tiene a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas, inquietudes o preguntas, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte del contrato que tenemos con usted, en el que se explica cómo *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y todos los avisos que recibe de nuestra parte sobre los cambios en su cobertura o las condiciones que le afectan. Estos avisos se denominan a veces "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

El contrato está vigente durante los meses en que está inscrito en *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*, entre el 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023.

Cada año, Medicare nos permite introducir cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente a partir del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar el plan *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos cumple para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Puede afiliarse a nuestro plan siempre que:

- Sea beneficiario de la Parte A y Parte B de Medicare;
- y viva en nuestra área de servicio geográfica (en la Sección 2.3 se describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfico, aunque se encuentren físicamente en ella;
- y es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Este es el área de servicio del plan para *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*

Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Massachusetts: Bristol, Essex, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para comprobar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, dispondrá de un periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

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

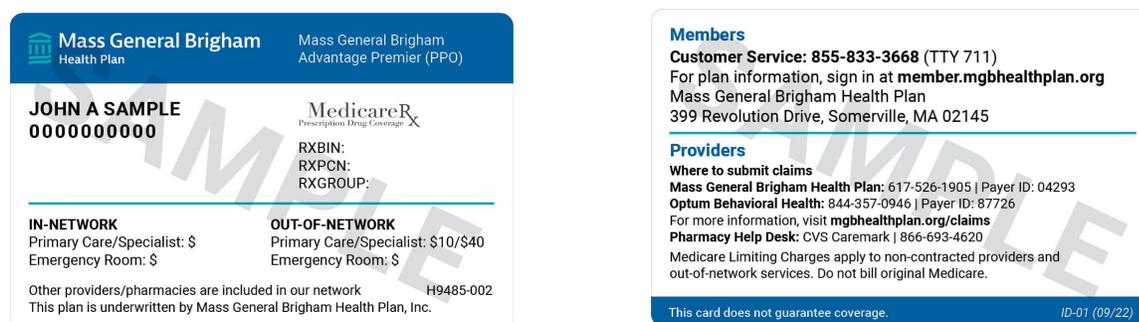
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse en Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* si usted no es elegible para continuar siendo miembro por este motivo. *Debemos* cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta de miembro siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe enseñarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí encontrará un modelo de tarjeta de miembro que le mostrará cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza la tarjeta de membresía de Medicare en lugar de la de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos por sí mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se la pidan si necesita servicios hospitalarios, cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Servicio de Atención al Cliente y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* de Mass General Brigham Medicare Advantage, se indican nuestros proveedores de la red y compañías de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y el importe de sus costos compartidos como pago total.

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web MassGeneralAdvantage.org.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores* de Mass General Brigham Medicare Advantage, puede solicitarle una copia al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias indica las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener más información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Si no cuenta con el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia contactando al Servicio de Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en MassGeneralBrighamAdvantage.org.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos del plan (*formulario*)

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Lo llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. En esta, se mencionan los medicamentos recetados cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en *su plan*. Los medicamentos de esta lista fueron seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*.

La lista de medicamentos también le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. No obstante, cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos facilitada. Si uno de sus medicamentos no figura en la lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Si desea obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en MassGeneralBrighamAdvantage.org o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*

Sus gastos pueden incluir lo siguiente:

- La prima del plan (Sección 4.1)
- La prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio complementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

Existen programas para ayudar a las personas con ingresos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se incluyen la "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. En el Capítulo 2, Sección 7, encontrará más información sobre este programa]. Si cumple los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que **la información sobre las primas que figura en esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique en su caso**. Le enviamos un encarte aparte, denominado "Cláusula adicional de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional del plan de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no cuenta con este encarte, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente, y consulte por la "Cláusula 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 su copia del manual *Medicare y Usted 2023*, la sección llamada "Costos de Medicare en 2023". Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 La prima del plan

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual. Para el 2023, la prima mensual de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* es de \$140.

Sección 4.2 La prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo un miembro del plan. Esto incluye sus primas de la Parte B. También puede implicar una prima para la Parte A, lo cual afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin primas.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, una vez finalizado el periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días o más seguidos en los que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. "Cobertura de medicamentos recetados acreditable" es la cobertura que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague,

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se añadirá a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*, le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le comunicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Podemos enviarle esta información por carta o incluirla en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados y que se espera que pague tanto como el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos *no* cuentan como cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. En 2023, el monto promedio de esta prima es \$34.71.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual media y redondee la cifra a los 10 céntimos más próximos. En este ejemplo, sería 14 % por \$34.71, lo cual es igual a \$4.86. Se redondea a \$4.90. Este monto se añadiría **a la prima mensual de quien tuviera una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

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

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede variar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que incluya una cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y tiene beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de cumplir 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial por envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha en que reciba la primera notificación en la que se le comunique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.5	Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos
--------------------	---

Es posible que algunos miembros deban abonar un recargo llamado Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El recargo se calcula a partir de los ingresos brutos calculados que figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto es superior a un monto determinado, pagará el monto de una prima estándar y el IRMAA adicional. Para tener más información sobre el monto extra que tendría que pagar en función de sus 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 extra, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una notificación indicándole cuál será ese monto. El monto extra se retendrá de su cheque de pensión del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suele pagar la prima de su plan, a menos que su pensión mensual no sea suficiente para cubrir el monto extra adeudado. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir el monto extra, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto extra al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se le desafiliará del plan y perderá la cobertura de los medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto extra, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800- 325-0778).

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Puede pagar la prima de su plan de varias maneras

Puede pagar la prima de su plan de tres maneras. Si le gustaría cambiar la manera en la que paga la prima del plan, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o inicie sesión en su cuenta del portal para miembros en Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org.

Opción 1: pago por cheque

Puede pagar la prima del plan mediante un cheque de manera mensual. Los cheques deben extenderse a nombre del Mass General Brigham Health Plan y enviarse por correo a la siguiente dirección:

Mass General Brigham Health Plan
P.O. Box 411444
Boston, MA 02241-1444

El pago vence el primer día de cada mes.

Opción 2: retiros automáticos de su cuenta bancaria o cargos automáticos a su tarjeta de crédito

Puede elegir pagar su prima del plan automáticamente desde su cuenta corriente o de ahorros a través de una ACH en línea. Si elige esta opción, los fondos se retirarán de su cuenta mensualmente.

También puede elegir que la prima se cargue de manera automática a su tarjeta de crédito cada mes.

Para retirar fondos de manera automática de su cuenta bancaria o cargarlos a su tarjeta de crédito, cree primero una cuenta en el portal para miembros en Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org. Una vez que esté en el portal para miembros, encontrará instrucciones para configurar la opción de pago automático de la prima. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente si necesita ayuda.

Opción 3: retirar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede deducir la prima del plan mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle. (El número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figura en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

Cambiar la manera de pagar la prima del plan. Si decide cambiar la manera de pagar la prima, el proceso puede tardar hasta tres meses en surtir efecto. Mientras tramitamos su solicitud de una nueva manera de pago, usted es responsable de que la prima de su plan se abone a tiempo. Si le gustaría cambiar la manera en la que paga la prima de su plan, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

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

La prima de su plan debe abonarse en nuestra oficina antes del 1.er día de cada mes. Si no lo hemos recibido antes del 1.º del mes, le enviaremos un aviso informándole que el pago de su multa está atrasado. Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D, deberá pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la prima de su plan, en caso de que la deba, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para ver si podemos orientarle sobre programas que le ayuden con sus costos.

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

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

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar a lo largo del año. Esto sucede si cumple los requisitos para acogerse al programa "Ayuda adicional" o si pierde elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año tendrá que empezar a pagar la totalidad de su prima mensual. Encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener al día su historial de membresía del plan

Su historial de membresía contiene la información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. En este se muestra su cobertura específica del plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben disponer de información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos cubre su plan y los montos de los costos compartidos que le corresponden.** Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener sus datos actualizados.

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación legal por accidente de trabajo o Medicaid).
- Si tiene demandas de responsabilidad civil, como las resultantes de un accidente de tránsito
- Si ha ingresado en una residencia para la tercera edad
- Si recibe atención en un hospital o servicio de emergencias fuera de la localidad o de la red
- Si cambia su responsable designado (por ejemplo, un cuidador)
- Si está participante en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente o al iniciar sesión en nuestro portal para miembros en

Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org. Además, parte de esta información puede actualizarse en línea a través del portal para miembros en

Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org. El portal para miembros puede utilizarse para actualizar el correo electrónico, el número de móvil y la selección del PCP.

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

SECCIÓN 7 Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le solicitemos información sobre cualquier otro seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina “**Coordinación de beneficios**”.

Una vez al año, le enviaremos una notificación en la que figurará cualquier otro seguro médico o de medicamentos del que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si todo es correcto, no es necesario hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Servicio de Atención al Cliente. Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que pague sus facturas correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura de salud colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado "pagador secundario", solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, comuníquese a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1 Primeros pasos para un miembro

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o del de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, del número de personas empleadas por su empresa y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ERET):

Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o un miembro de su familia sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si la empresa tiene 100 o más empleados o al menos una empresa de un plan de múltiples empresas que tenga más de 100 empleados.

Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si la empresa tiene 20 o más empleados o al menos una empresa de un plan de múltiples empresas que tenga más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare por ERET, su plan de salud grupal pagará primero durante los 30 primeros meses desde que reúna los requisitos para acceder a Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada uno de estos tipos:

- Seguro de responsabilidad pública (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Cobertura por neumoconiosis
- Compensación legal por accidente de trabajo

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Información de contacto de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*
(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamaciones, facturación o tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
LLAME AL	<p><i>1-855-833-3668</i></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.</p> <p>El Servicio de Atención al Cliente también dispone de servicios de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p><i>711</i></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
ESCRIBA A	<p>Mass General Brigham Health Plan Medicare Advantage 399 Revolution Drive, Suite 850 Somerville, MA 02145</p>
SITIO WEB	<p>www.MassGeneralBrighamAdvantage.org</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios, cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-833-3668 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
ESCRIBA A	Mass General Brigham Health Plan Medicare Advantage 399 Revolution Drive, Suite 850 Somerville, MA 02145
SITIO WEB	www.MassGeneralBrighamAdvantage.org

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D de Medicare
Llame al	1-855-344-0930 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al público abarca las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al público abarca las 24 horas del día, los siete días de la semana.
ESCRIBA A	CVS Caremark Prior Authorization P.O. Box 52000, MC 109 Phoenix, Arizona 8507202000

Cómo contactarnos si desea presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluidas quejas sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye conflictos sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre 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	Información de contacto para quejas sobre la atención médica
LLAME AL	<p>1-855-833-3668</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. <i>Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. <i>Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</i></p>
ESCRIBA A	<p>Mass General Brigham Health Plan Medicare Advantage 399 Revolution Drive, Suite 850 Somerville, MA 02145</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i> directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido**

Si ha recibido una factura o ha pagado por algún servicio (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de atención médica
ESCRIBA A	Mass General Brigham Health Plan Medicare Advantage 399 Revolution Drive, Suite 850 Somerville, MA 02145
SITIO WEB	www.MassGeneralBrighamAdvantage.org

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D
FAX	1-855-230-5549
ESCRIBA A	CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066

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

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

La agencia federal encargada de Medicare son los centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Información de contacto de Medicare	
Método	
LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Este sitio ofrece información actualizada sobre Medicare y los temas de actualidad relacionados con Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencia de asistencia médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También contiene la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>En el sitio web de Medicare también encontrará información detallada sobre sus opciones de afiliación y elegibilidad a Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su localidad. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunique su queja a Medicare: puede presentar una queja sobre <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i> directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare tomará en cuenta sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no cuenta con una computadora, puede acudir a la biblioteca o al asilo de ancianos de su localidad para que le ayuden a acceder a este sitio web a través de su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. El personal buscará 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 de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE.

SHINE es un programa estatal independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a nivel local a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de *SHINE* pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarle con sus dudas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a sus preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en "**Hable con alguien**" en el centro de la página de inicio.
- Tiene las siguientes opciones.
 - Opción n.º1: Puede **chatear en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**.
 - Opción n.º2: Puede seleccionar su "**Estado**" en el menú desplegable y presionar "IR". De esta forma accederá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	<i>Información de contacto de SHINE ("Serving the Health Information Needs of Everyone") o SHIP de Massachusetts</i>
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	(800) 439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5th floor Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.mass.gov (luego busque SHINE)

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Massachusetts, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que Medicare contrata para que supervisen y ayuden a mejorar la calidad de la asistencia para los beneficiarios de Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está ligada a nuestro plan.

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

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida.
- Si cree que la cobertura de su estancia hospitalaria finalizará demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de su servicio de asistencia médica a domicilio, cuidado de salud en centros de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Información de contacto de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts (KEPRO)
LLAME AL	1-888-319-8452 Horario en días de semana: 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, Alaska y Hawái-Aleutiano. Horarios de atención en fines de semana y días festivos (como se indica a continuación): De 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, Alaska y Hawái-Aleutiano.
TTY	711
ESCRIBA A	5700 Lombardo Center Dr. Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y reúnan ciertos requisitos, pueden afiliarse a Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la afiliación a Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

tiene que afiliarse a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o acudir a su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también se encarga de determinar quién tiene que pagar un monto extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social comunicándole que tiene que pagar el monto extra y tiene dudas sobre el mismo o si sus ingresos disminuyeron debido a un imprevisto en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se lo comunique al Seguro Social.

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar determinadas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los miembros de Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas. Estos "Programas de ahorro de Medicare" incluyen lo siguiente:

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden optar por los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Programa para beneficiarios de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden optar por los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Programa para individuos calificados (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Programa para individuos incapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con MassHealth.

Método	Información de contacto del programa de Medicaid de Massachusetts, <i>MassHealth</i>
LLAME AL	1-800-841-2900 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	MassHealth Customer Service Center 100 Hancock St, 6th Floor Quincy, MA 02171
SITIO WEB	www.mass.gov/orgs/masshealth

SECCIÓN 7 Información sobre programas de ayuda con el costo de medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como los que se describen a continuación.

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su auto. Si cumple los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si automáticamente cumple los requisitos para recibir la "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una notificación por correo. No tendrá que solicitarlo. Si no cumple los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener una "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si cumple los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para acceder a la información de contacto).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si cree que cumple los requisitos para la "Ayuda adicional" y considera que está pagando un costo compartido incorrecto cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan dispone de un proceso para que solicite ayuda para obtener pruebas de su nivel de copago adecuado o, si ya dispone de las pruebas, para que nos las facilite.

- Si cree que cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados, pero no tiene o no puede encontrar pruebas, póngase en contacto con Servicio de Atención al Cliente al (855) 833-3668. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda. Trabajaremos con usted para actualizar el estado de su programa de "Ayuda adicional" con base en las mejores pruebas disponibles.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando adquiera su próxima receta en la farmacia. Si paga de más por el copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto pagado de más o se lo compensaremos en futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene como deuda, podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda con el pago de medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos recetados y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda adicional"), seguirá recibiendo un descuento del 70 % en los medicamentos recetados marca. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca en el periodo sin cobertura. Tanto el descuento del 70 % como el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con el VIH/sida y reúnen los requisitos para ADAP a acceder a medicamentos contra el VIH que podrían salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen los requisitos para la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados. En Massachusetts, el ADAP estatal es el Programa de asistencia para medicamentos contra el VIH de Massachusetts (Massachusetts HIV Drug Assistance Program, HDAP).

Nota: Para poder ser beneficiario del ADAP existente en su estado, las personas deben cumplir determinados requisitos, entre los que se incluyen la constancia de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos determinado por el estado y condición de persona no asegurada o con seguro insuficiente. Si usted cambia de plan, notifíquelo al responsable local de inscripciones del ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-228-2714. *La dirección del Programa de asistencia para*

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes*medicamentos contra el VIH de Massachusetts (HDAP) es:*

Community Research Initiative of New England/HDAP
 The Schrafft's City Center
 529 Main Street, Suite 301
 Boston, MA 02129

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades económicas, edad, estado de salud o discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para ofrecer cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Massachusetts, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es Prescription Advantage.

Método	Información de contacto de <i>Prescription Advantage</i> (Programa estatal de asistencia farmacéutica de Massachusetts)
LLAME AL	<i>1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este.</i>
TTY	1-877-610-0241 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Prescription Advantage P.O. Box 15153 Worcester, MA 01615-0153
SITIO WEB	www.mass.gov (<i>luego busque Prescription Advantage</i>)

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles.</p> <p>Si presiona "1", podrá acceder a la línea de ayuda RRB automatizada y a información grabada disponible las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empresa/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna duda. Puede preguntar sobre su empleador (o el de su cónyuge) o sobre los beneficios de cobertura para jubilados, primas o el periodo de inscripción. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene dudas relacionadas con la cobertura de Medicare de este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empresa (o la de su cónyuge) o grupo de jubilados, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para sus
servicios médicos*

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para recibir atención médica como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que tiene que saber sobre cómo usar el plan para que cubramos su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otras atenciones médicas que cubre el plan.

Para obtener información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y lo que usted paga cuando obtiene esta atención, use el cuadro de beneficios que aparece a continuación en el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que usted paga*).

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

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de sus costos compartidos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le presten. Cuando acuda a un proveedor de la red, solo pagará la parte que le corresponda del costo de sus servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios médicos, equipos de suministros y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios médicos cubiertos figuran en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados figuran en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir atención médica cubierta por el plan

Al ser un plan de salud de Medicare, *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro 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, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- **Reciba su atención de un proveedor que cumpla con los requisitos para proporcionar los servicios en virtud de Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención médica de un proveedor de la red

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

o de un proveedor fuera de la red (para más información, consulte la Sección 2 de este capítulo).

Los proveedores de nuestra red se mencionan en el *Directorio de proveedores*.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, su costo compartido por los servicios cubiertos puede ser más alto.

Tenga en cuenta lo siguiente: Puede obtener atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, este debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. No podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare, excepto si se trata de una atención de emergencia. Si acude a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo completo de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que cumple los requisitos para participar en Medicare.

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

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

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

PCP hace referencia a un proveedor de atención primaria. Su PCP es un proveedor que cumple los requerimientos estatales y está capacitado para otorgarle la atención médica básica. Como miembro de nuestro plan, le animamos a que elija a su PCP entre las opciones mencionadas en el directorio de proveedores de Mass General Brigham Medicare Advantage. Puede obtener su rutina o atención básica de su PCP. **Nota:** puede elegir su Proveedor de atención primaria (PCP), un médico que cumple los requerimientos estatales y está capacitado para otorgarle la atención médica básica. Muchos tipos de proveedores pueden ser PCP, incluidos los siguientes:

- Médicos de cabecera
- Médicos de medicina general
- Médicos de medicina interna o internistas que tratan a personas mayores de 18 años
- Enfermeros profesionales con práctica médica
- Asistentes médicos

El papel de su PCP incluye la gestión de su atención médica general. Su PCP realiza esto al atenderlo con regularidad y coordinando el uso de especialistas. Su PCP también le ayudará a planificar los servicios de atención médica continuos después de una hospitalización, cirugía, atención de emergencia o urgencia y otros servicios que requieren seguimiento.

Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención, incluidos los servicios rutinarios y preventivos. Su PCP también coordinará otros servicios que reciba, incluidas las referencias a otros especialistas según sea necesario, la solicitud de pruebas y procedimientos adicionales según sea necesario, y la supervisión de la atención que reciba de otros proveedores.

Su PCP debe estar al tanto de todos los cuidados que reciba para ayudarle a tomar decisiones bien informadas sobre su atención médica, incluidos las hospitalizaciones,

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

los procedimientos ambulatorios y las visitas a especialistas. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) antes de que se cubran determinados tratamientos y procedimientos.

Su PCP otorgará atención médica de rutina o básica para usted y ayudará a organizar o coordinar su atención si necesita servicios médicos de especialidad o de otro tipo. Nuestro plan no requiere que su PCP otorgue una referencia para que vea a un especialista, pero es bueno que trabaje con su PCP para ayudar a gestionar y coordinar los servicios médicos que requiere.

¿Cómo elegir a su PCP?

Cuando se convierte en un miembro de nuestro plan, puede elegir un proveedor para que sea su PCP. Puede encontrar los PCP disponibles en el Directorio de proveedores de Mass General Brigham Medicare Advantage o llamar al Servicio de Atención al Cliente para consultar los PCP disponibles.

Cómo cambiar a su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone nuestra red de proveedores del plan y usted deba buscar un nuevo PCP en nuestro plan o deberá pagar más por los servicios cubiertos.

Para cambiar su PCP, llame al Servicio de Atención al Miembro. Comprobarán si el PCP al que desea cambiar acepta nuevos pacientes. El Servicio de Atención al Miembro cambiará su historial de membresía para que aparezca el nombre de su nuevo PCP. También puede ingresar al portal de miembros en **Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org** y cambiar su PCP ahí. El cambio se realizará en la fecha en que recibamos su solicitud.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios médicos para tratar una enfermedad o una parte del cuerpo concreta. Hay muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

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

Como miembro de Mass General Brigham Advantage Premier (PPO), usted no tiene la obligación de obtener una referencia de su PCP para que lo atienda un especialista, aunque es bueno que mantenga a su PCP informado y al tanto de la atención que recibe de los especialistas para que pueda ayudar en caso sea necesario. La selección de su PCP no afectará a los especialistas a los que pueda acudir.

Para algunos servicios, es posible que su PCP deba obtener la aprobación previa de nuestro plan. (A esto se le denomina obtener una “autorización previa”. Los servicios que requieren autorización previa se encuentran marcados en cursiva en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?**

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un gran esfuerzo para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a exigirlo, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, nosotros cubriremos ese servicio en un costo compartido dentro de la red.
- Si se entera de que su doctor o especialista está abandonando el plan, comuníquese con nosotros para poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que controle su atención.
- Si cree que no le hemos otorgado un proveedor calificado que reemplace a su anterior proveedor o que su atención no está siendo bien administrada, tiene el derecho de presentar una queja sobre la calidad de la atención al QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo obtener asistencia de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no trabajan con nosotros no tienen la obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de los proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios.

Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su costo compartido por los servicios cubiertos pueden ser más altos.** Estas son otras consideraciones importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- El Plan de Salud Mass General Brigham concederá a los miembros que actualmente acuden a un especialista que no pertenece a nuestra red un periodo de transición de 30 días al costo compartido dentro de la red, y le ayudará a encontrar un proveedor que pertenezca a nuestra red para que pueda continuar con su atención una vez finalizado el periodo de transición.
- Puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. No podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare, excepto si se trata de una atención de emergencia. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo completo de los

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que cumple los requisitos para participar en Medicare.

No necesita obtener una referencia o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de los proveedores fuera de la red, es posible que desee solicitar una decisión de cobertura antes de la visita para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 9 para obtener información sobre la solicitud de decisiones de cobertura). Esto es importante porque:

- Sin una decisión de cobertura antes de la visita, si luego determinamos que los servicios no están cubiertos o no fueron médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo completo. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué debo hacer si tengo un problema o una queja*) para obtener información sobre cómo realizar una apelación.
- Es mejor que primero le pida al proveedor fuera de la red que facture al plan. Sin embargo, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que nosotros debemos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (*Pedir que paguemos nuestra parte de la factura que ha recibido por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué se debe hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para la atención de emergencia, los servicios médicos inmediatos, o la diálisis fuera del área, puede que no deba pagar un monto alto de costo compartido.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1	Cómo recibir asistencia en caso de emergencia
-------------	---

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

Se considera una “**emergencia médica**” cuando usted, o cualquier otra persona con conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia en caso sea necesario. *No* es necesario obtener primero la aprobación o la referencia de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede obtener asistencia médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que tenga la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan también cubre las urgencias, la ambulancia, y la atención inmediata en todo el mundo cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de esta EOC.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, por lo general en un plazo de 48 horas. El número de teléfono figura al dorso de su tarjeta de identificación del miembro.

¿Qué cubre una emergencia médica?

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

Los médicos que le otorguen la atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha finalizado.

Luego de que finalice la emergencia, tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que continúe estando estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para una atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

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

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser complicado saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir a emergencias pensando que su salud está en grave peligro y que el médico determine que, en realidad, no se trata de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos su asistencia.

Sin embargo, luego de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto de costo compartido que pague dependerá de si recibe la atención por parte de proveedores dentro o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos por lo general será menor a diferencia de si recibe la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Recibir atención cuando tiene una necesidad de urgencia por los servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Un servicio médico inmediato es una situación que no es de urgencia y que requiere atención médica inmediata pero, debido a las circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor dentro de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de los servicios médicos inmediatos son i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote inesperado de una condición conocida cuando está temporalmente fuera del área de servicio.

Hay varias maneras de acceder a los servicios de urgencia. Puede ponerse en contacto con su

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

proveedor, acudir a un centro de atención de urgencia o ponerse en contacto con On Demand, que ofrece servicios de telesalud las 24 horas del día, los siete días a la semana. Si desea acudir a un centro de atención de urgencia, puede buscar en el directorio de proveedores para encontrar uno cerca de usted o puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para que le ayuden.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia e inmediatos en todo el mundo fuera de los Estados Unidos según las siguientes circunstancias: emergencias médicas y servicios médicos inmediatos. Estos están limitados a los servicios que serán clasificados como emergencia o cuidados posteriores a la estabilización si se hubieran otorgado en los Estados Unidos o sus territorios. No están cubiertos los medicamentos recetados de la parte D que se obtienen en una farmacia de venta al por menor fuera de los EE. UU. y sus territorios. Los impuestos y tasas extranjeras (incluidas, entre otras, las comisiones por cambio de divisas o por transacción) no están cubiertos. Y el traslado de regreso a EE. UU. o sus territorios desde otro país no está cubierto.

Sección 3.3 Cómo recibir asistencia en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su zona geográfica, aún tiene derecho a recibir asistencia de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.MassGeneralBrighamAdvantage.org para obtener información sobre cómo obtener atención médica durante un desastre.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener asistencia de proveedores fuera de la red con el mismo costo compartido de la red. Si no puede recurrir a una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué puede hacer si le facturan de manera directa el costo completo de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si ha pagado más de su costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, diríjase al Capítulo 7 (*Pedir que paguemos nuestra parte de la factura que ha recibido por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que se tiene que hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo completo

Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se mencionan en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, es responsable de pagar el costo completo de los servicios.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, también paga el costo completo de cualquier servicio que recibe luego de haber utilizado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo que paga una vez que ha agotado el beneficio de un servicio específico no se aplicará a su gasto máximo de bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también llamado "ensayo clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba determinados estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, un responsable del mismo se pondrá en contacto con usted para explicarle más detalles sobre el estudio y comprobar si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico autorizado, solo deberá abonar los costos compartidos dentro de la red correspondientes a los servicios de dicho ensayo. Si, por ejemplo, si ya ha pagado el costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación que nos demuestre cuánto ha pagado. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que informarnos o recibir una aprobación por parte de los proveedores que lo atienden, ya que parte del estudio de investigación clínica *no* tiene que ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener un permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos comunique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- Alojamiento y comida para una estancia hospitalaria que Medicare pagaría aún si no participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de los nuevos cuidados

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera de nuestro plan. No obstante, debe presentar la documentación que acredite los costos compartidos que ha pagado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

He aquí un ejemplo de cómo funciona el sistema de costos compartidos: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Entonces, notificará a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentará la documentación al plan, como la factura del proveedor. El plan le pagará entonces directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

Cuando forme parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará por el nuevo producto o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el producto o servicio aunque usted *no* participara en un estudio.
- Productos o servicios que solo se proporcionen para recopilar datos y no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría una sola tomografía computarizada.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare y los estudios de investigación clínica". (La publicación se encuentra 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que proporciona asistencia para una afección que normalmente 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 del miembro, en su lugar otorgaremos cobertura para la atención en una institución religiosa que no presta servicios médicos. Este beneficio solo es válido para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa que no presta servicios médicos

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone en conciencia a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o tratamiento médico que obtiene que *no* sea voluntario o *requerido* bajo leyes federales, estatales o locales.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe cumplir los siguientes requisitos:

- La institución que preste los cuidados debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe por parte de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de los cuidados.
- Si recibe servicios de esta institución que se les otorga en un centro, tenga en cuenta las siguientes condiciones:
 - Debe padecer una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria o en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener una aprobación de su plan con antelación antes de ser admitido en el centro o su estadía no estará cubierta.

Su cobertura y límites de beneficios para la institución religiosa que no presta servicios médicos son los mismos que para la atención médica para pacientes hospitalizados, centro de atención de enfermería especializada o agencia de asistencia médica a domicilio según se describe en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Reglas sobre la propiedad de un equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será el dueño del equipo médico duradero luego de realizar una cierta cantidad de pagos según nuestro plan?

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipos y accesorios de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

El miembro siempre posee determinados artículos, como prótesis. En esta sección abordaremos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME se convierten en propietarias del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de Mass General Brigham Advantage Premier (PPO), también le permitiremos que sea dueño de ciertos tipos de DME luego de realizar un copago de 13 meses.

¿Qué ocurre con los pagos que realiza por los equipos médicos duraderos si se cambia a la cobertura Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de pasar a Original Medicare para poder ser propietario del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Efectuó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realiza en Original Medicare no cuentan. Tendrá que efectuar 13 pagos a nuestro plan antes de convertirse en propietario del artículo.

Ejemplo 2: Efectuó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se afilió a nuestro plan. Perteneció a nuestro plan pero no obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en él. A continuación, vuelve a Original Medicare. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a afiliarse a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sean a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, accesorios y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y otros accesorios de oxígeno para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Si abandona *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* o ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, entonces se deberá devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Transcurridos cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si permanece con la misma empresa, se le exige que realice los copagos por los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos
(lo que se cubre y lo que usted paga)*

SECCIÓN 1 Conozca sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo otorga un Cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*. Más adelante encontrará más información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podrá pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago, le brindamos este capítulo, necesita saber sobre los tipos de gastos de bolsillo que podrá pagar por sus servicios cubiertos.

- Un "**copago**" es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted efectúa un copago al momento de recibir el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre los copagos).
- El "**coseguro**" es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre los coseguro).

La mayoría de las personas que tienen derecho a Medicaid o al programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) no deben pagar nunca deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de presentarle a su proveedor la prueba de que cumple los requisitos para recibir Medicaid o QMB, si es necesario.

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

En nuestro plan, existen dos límites diferentes en cuanto a lo que tiene que pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **gasto máximo de bolsillo dentro de la red** es \$3,450. Esto es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios del plan cubierto que recibe de los proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos, y coseguro por los servicios cubiertos de los proveedores de la red cuentan para este gasto máximo de bolsillo dentro de la red. Los montos que paga por los medicamentos recetados de la Parte D, y los servicios de los proveedores fuera de la red no cuentan para su gasto máximo de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por los servicios no cuentan para su gasto máximo de bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si ha pagado \$3,450 por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B de los proveedores de la red, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año cuando vea a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

- Su **gasto máximo de bolsillo combinado** es \$5,450. Esto es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios del plan cubierto que recibe de los proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los montos que paga por los copagos, y coseguro por los servicios cubiertos cuentan para este gasto máximo de bolsillo combinado. (Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su gasto máximo de bolsillo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su gasto máximo de bolsillo combinado. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si ha pagado \$5,450 por los servicios cubiertos, tendrá el 100 % de cobertura y no tendrá ningún gasto de bolsillo por el resto del año para los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”

Como miembro de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si hay un litigio y no pagamos determinados gastos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su parte de los costos compartidos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto que le preste un proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su parte de los costos compartidos es un coseguro (un porcentaje del costo total), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su gasto depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores que participan.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, entonces usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores que no participan.
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para conocer lo que se cubre y cuánto tendrá que pagar

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

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas, enumera los servicios que *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está cubierto en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las directrices de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- Algunos de estos servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces se le denomina "autorización previa") de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*.
 - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado que sean cubiertos como servicios dentro de la red se encuentran marcados en cursiva en el Cuadro de beneficios médicos.
 - No necesitará nunca una aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de los proveedores fuera de la red.

Si bien no necesita una aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico nos pueden pedir determinar una decisión de cobertura por adelantado.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en donde su costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participante.
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, entonces usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

- Cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, como todos los planes de salud de Medicare. Para recibir algunos de estos beneficios, usted debe pagar *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, vea su manual *Medicare y Usted 2023*. Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también se le trata o controla por una afección médica existente, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare añade la cobertura de algún servicio nuevo durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá dicho servicio.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente a qué beneficios puede ser elegible.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de evaluación único para las personas en situación de riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección únicamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermero, enfermero autorizado o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No se paga un coseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>

Acupuntura para dolor crónico de espalda baja

Los servicios cubiertos incluyen:

Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:

El dolor lumbar crónico se define como:

- de 12 semanas de duración o más;
- no específico, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con metastásico, por inflamación, por infección, por enfermedad, etc.);
- no está asociada con una intervención quirúrgica ni
- a un embarazo.

Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No podrán administrarse más de 20 tratamientos de acupuntura al año.

El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o sufre una regresión.

Requisitos de los proveedores:

Médicos, tal y como se definen en 1861(r)(1) de la Ley de seguro social, pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.

Asistente médico (PA), enfermero (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en la Ley de 1861[aa] [5]) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:

- una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y
- una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, un territorio o un Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia.

El personal auxiliar que proporciona servicios de acupuntura debe ser supervisado adecuadamente por un médico, un PA o un NP/CNS,

Dentro de la red:

Paga un copago de \$20 por cada visita por los servicios cubiertos por Medicare.

Fuera de la red

Usted paga un copago de \$40 por cada visita por los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>según lo que exigen nuestras reglamentaciones que se indican en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria al centro adecuado más cercano que otorgue la atención solo si está suministrado para un miembro cuya afección médica sea tal que otro medio de transporte pueda poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.• El traslado en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se determina que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	
<p> Exámenes físicos anuales</p> <p>El examen físico anual cubierto incluye un historial médico/familiar detallado y una evaluación exhaustiva de pies a cabeza con examen práctico de todos los sistemas del cuerpo para evaluar el estado de salud general y ofrecer recomendaciones para los exámenes de detección preventivos, las vacunaciones y la consejería sobre comportamientos saludables. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Si recibe servicios que aborden una afección médica durante la misma visita al consultorio, se puede aplicar un costo compartido adicional.</p>	

Dentro y fuera de la red

Usted paga un copago de \$200 por cada viaje de un trayecto por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.

Antes de recibir servicios de ambulancia no urgentes dentro de la red, deberá obtener una autorización previa.

Dentro y fuera de la red:

No hay coseguro ni copago por el examen físico anual.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha sido miembro de la Parte B durante más de 12 meses, puede recibir una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse en los 12 meses siguientes a su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de "Bienvenida a Medicare" para que se le cubran las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que cumplen los requisitos (en general, se trata de personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">Una mamografía de referencia una vez en su vida entre los 35 y 39 añosUna mamografía una vez cada 12 meses para mujeres de 40 años a másExámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicio de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que cumplan determinadas condiciones con prescripción médica.</p> <p>El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><i>Dentro de la red:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Fuera de la red:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. En esta visita, el médico puede hablarle del uso de aspirina (si es necesario), controlarle la tensión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleva una alimentación sana.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas para enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni franquicia para el control de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección para el cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses</p> <p>Si tiene un riesgo elevado de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Paga un copago de \$20 por cada visita por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Paga un copago de \$40 por cada visita por los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>
<p> Examen de detección para el cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertas los siguientes servicios:</p> <p>Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: Prueba de sangre oculta en heces con el método de guayaco (gFOBT) Prueba inmunoquímica fecal (FIT)</p> <p>Examen de detección para el cáncer colorrectal en el ADN cada 3 años. Para personas con alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <p>Colonoscopia (o enema opaco como alternativa) cada 24 meses</p> <p>Para las personas que no tienen un riesgo elevado de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <p>Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Si se detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante el examen de detección del cáncer colorrectal, es posible que deba abonar el copago de la cirugía ambulatoria.</p>

Servicios dentales

En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales rutinarios y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.

Nuestro plan cubre los servicios odontológicos rutinarios y completos a través del Liberty Dental Plan. Su número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente es: 888-352- 7556. Las horas del Servicio de Atención al Cliente del 1.º de octubre al 31 de marzo son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Servicios de diagnóstico y prevención, incluidos:

- Evaluación oral periódica dos veces al año
- Radiografías intraorales una vez cada tres años
- Radiografía de aleta mordida una vez al año
- Radiografías panorámicas una vez cada tres años
- Limpiezas (profilaxis) dos visitas al año
- Aplicación de flúor dos veces al año
- Teleodontología dos veces al año

Servicio odontológico integral, incluido:

- Servicios de restauración:
 - Amalgama básica y a base de resina una por diente superficial cada tres años
 - Coronas una por diente cada cinco años
 - Incrustación inlay una por diente y año
- Servicios de endodoncia: uno por diente y año
- Servicios periodontales:
 - Raspado periodontal y alisado radicular - uno por zona/cuadrante cada tres años

Dentro de la red:

Servicios de diagnóstico y prevención, no hay copago por los servicios cubiertos.

Servicios odontológicos integrales:

No hay copago por los servicios cubiertos.

Hay un máximo anual de \$1,500 por los servicios dentales integrales. Cualquier dólar sin usar expirará al final del año calendario.

Fuera de la red:

Servicios de diagnóstico y prevención, no hay copago por los servicios cubiertos.

Servicios odontológicos integrales:

Usted paga un coseguro del 20 % por los servicios cubiertos.

Hay un máximo anual de \$1,500 por los servicios dentales integrales. Cualquier dólar sin usar expirará al final del año calendario.

Su costo para los servicios dentales no cubiertos por Medicare no cuenta para su gasto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ Raspado en presencia de inflamación moderada o grave dos veces al año○ Desbridamiento bucal completo una vez cada tres años○ Mantenimiento periodontal dos veces al año● Prótesis dentales:<ul style="list-style-type: none">○ Prótesis dentales completas y parciales una vez cada cinco años○ Ajustes una vez al año por arco● Servicios orales y maxilofaciales:<ul style="list-style-type: none">○ Extracción, diente en erupción o raíz expuesta○ Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso y/o sección del diente	
 Examen de detección de depresión <p>Cubrimos un examen de detección de depresión al año. El examen de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	Dentro y fuera de la red: <p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
 Examen de detección de diabetes <p>Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, puede optar a un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	Dentro y fuera de la red: <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios

 **Capacitación sobre autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros**

Para todas las personas que padecen diabetes (tanto para las que usan insulina como para las que no). Los servicios cubiertos incluyen:

Insumos para monitorear la glucosa en la sangre. Monitores de glucosa en la sangre, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas y solución para el control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras y monitores.

Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año (incluidas las plantillas suministradas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos para profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas suministradas con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.

La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta con un copago de \$0 bajo ciertas condiciones.

Dentro de la red:

Paga un copago de \$0 por los suministros y servicios para diabéticos.

Es posible que se requiera la autorización previa para los suministros para diabéticos

Fuera de la red:

Usted paga el 20 % de los suministros y servicios para diabéticos.

Es posible que se requiera la autorización previa para los suministros para diabéticos

Equipo médico duradero (DME) y otros suministros relacionados

(Consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 para conocer la definición de "equipo médico duradero").

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Cubrimos todos los DME necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no tiene una marca o fabricante concreto, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. CareCentrix es nuestro proveedor preferido de DME para dormir.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **MassGeneralBrighamAdvantage.org**.

Dentro y fuera de la red:

Paga un coseguro del 20 % por los equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados.

Su costo compartido por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20 %, cada mes.

Su parte de los costos compartidos no cambiará después de haber estado miembro durante 36 meses.

Es posible que necesite autorización previa para los DME.

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios

Atención de emergencia

La atención de emergencia se refiere a los servicios:

Que un proveedor calificado presta para servicios de emergencia y son necesarios para evaluar o estabilizar un estado médico de emergencia.

Se considera emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos generales de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

La parte de los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que para los prestados dentro de la red.

Este plan también incluye cobertura para atención de emergencia en todo el mundo si viaja fuera de Estados Unidos.

1. La cobertura se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia o posestabilización si se hubieran prestado en los EE. UU. o sus territorios.
2. No están cubiertos los medicamentos recetados de la parte D que se obtienen en una farmacia de venta al por menor fuera de los EE. UU. y sus territorios.
3. Los impuestos y tasas extranjeras (incluidas, entre otras, las comisiones por cambio de divisas o por transacción) no están cubiertos.
4. El traslado de regreso a EE. UU. o sus territorios, desde otro país, no está cubierto.

Dentro y fuera de la red:

Paga un copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias. Si ingresa en el hospital en las 24 horas siguientes por la misma afección, no tendrá que abonar este copago.

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice, deberá recibir la atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizada por el plan y su costo será igual al que pagaría en un hospital de la red.

Programas de educación para la salud y el bienestar

Beneficio de gimnasio:

- Afiliaciones, suscripciones, programas o clases de acondicionamiento físico virtuales/en línea que ofrecen entrenamiento cardiovascular y de fuerza mediante una plataforma digital.
- Gimnasios con diferentes equipos para ejercicios cardiovasculares y de fuerza, p. ej., gimnasios tradicionales, YMCA, YWCA y centros comunitarios de acondicionamiento físico.
- Clases de acondicionamiento físico en las instalaciones del Consejo Nacional sobre Envejecimiento (Councils on Aging, COA) participantes; gimnasios con grupos dirigidos por instructores, como yoga, Pilates, Zumba®, kickboxing, CrossFit®, y clases de ciclismo/spinning en interiores y otros ejercicios.

Los artículos que quedan excluidos del beneficio de gimnasio son:

- Dispositivos de seguimiento de la actividad física
- Equipos deportivos (por ejemplo, bicicletas, esquís y raquetas de tenis)
- Tarifas de iniciación en un club campestre o deportivo
- Tarifas de entrenamiento personal
- Tarifas de estudios de danza o escuelas de artes marciales

Beneficio para bajar de peso:

El beneficio para bajar de peso proporciona un reembolso de hasta \$150 al año por la participación en un programa de pérdida de peso calificado. Un programa para bajar de peso calificado incluye programas de pérdida de peso de varias sesiones, tanto hospitalarios como no hospitalarios, que se enfocan en cambiar los hábitos alimentarios y de actividad, los cuales están dirigidos por nutricionistas, nutricionista certificado u otros profesionales de la salud certificados. El programa puede ser presencial o virtual. El reembolso no cubre gastos de alimentos o comidas.

Dentro y fuera de la red:

No hay coseguro ni copago para la educación médica organizada a través de los programas de gestión de enfermedades del plan.

Para la membresía a gimnasios autorizados, Membresía, clases o equipos de gimnasia en casa, Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) le reembolsará hasta \$300 por año calendario. Cualquier monto superior a \$300 es responsabilidad del miembro.

Para programas para bajar de peso autorizados, Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) le reembolsará hasta \$150 por año calendario. Todo monto superior a \$150 correrá a cargo del miembro.

Existen dos formas de presentar sus solicitudes de reembolso por gimnasio y pérdida de peso:

- Rellene un formulario en línea que encontrará en el portal para miembros en: **Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org**
- Complete el formulario de reembolso que se puede encontrar disponible en línea en **Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org** o llamando a nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente y solicitando uno. Una vez que lo haya rellenado, puede enviarlo por correo a:

Mass General Brigham Health Plan
Medicare Advantage, Suite 850
399 Revolution Drive
Somerville, MA 02145

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Entre los artículos excluidos del programa para bajar de peso se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento individual para bajar de peso• Comidas precocinadas• Libros y videos• Básculas	

Servicios auditivos

Las evaluaciones de diagnóstico auditivo y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.

Los servicios cubiertos también incluyen:

- Examen auditivo de rutina una vez cada 12 meses y otras pruebas auditivas relacionadas proporcionadas como parte de un examen auditivo cubierto.
- Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada 12 meses (un audífono por oído). El beneficio se limita a los audífonos avanzados y premium de TruHearing. Los audífonos premium están disponibles en opciones de tipo recargable por un adicional de \$50 por cada audífono.
- Para acceder a este beneficio, debe acudir a un proveedor de TruHearing. Llame al 1-(888) 937-2017 para concertar una cita (para los usuarios de TTY, marque el 711).
- La compra de audífonos incluye:
 - El primer año de visitas de seguimiento al proveedor para adaptación y ajustes.
 - Periodo de prueba de 60 días
 - 3 años de garantía ampliada
 - 80 baterías por audífono para los modelos no recargables
- El beneficio no incluye ni cubre:
 - Costos adicionales por recarga opcional de audífonos
 - Audífonos de venta libre
 - Moldes auditivos
 - Accesorios para audífonos
 - Visitas adicionales a proveedores
 - Baterías adicionales o baterías cuando se adquiere un audífono recargable
 - Audífonos que no sean de la marca TruHearing
 - Costos asociados a las reclamaciones de garantía por pérdidas y daños
 - Los costos asociados con artículos excluidos son responsabilidad del

Dentro de la red:

No hay coseguro ni copago por los exámenes de audición de rutina o las pruebas de audición relacionadas realizadas por un proveedor de TruHearing. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para los exámenes auditivos rutinarios y otras pruebas auditivas relacionadas. En el caso de los exámenes de audición cubiertos por Medicare, su cobertura se describe en la sección "Servicios médicos, sección "Servicios médicos/de un profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico" más adelante en este Cuadro de beneficios médicos. Para los audífonos, paga Copago de \$699 por Audífonos avanzados por cada uno o Copago de \$999 por Audífonos premium por cada uno. Sus costos por los servicios de audición de rutina (incluidos los audífonos, ajuste y evaluaciones) no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.

Fuera de la red:

Los exámenes rutinarios de audición y los audífonos no están cubiertos. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para obtener los beneficios auditivos de rutina. Para los exámenes de audición cubiertos por Medicare, su cobertura está descrita en la sección "Servicios médicos/de un profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico" más adelante en el Cuadro de beneficios médicos.

Sus costos para los servicios auditivos no cubiertos por Medicare no cuenta para su gasto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>miembro y no está cubierto por el plan.</p>	
<p> Examen de detección de VIH Cubrimos a las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de infección por VIH: Un examen de detección cada 12 meses Para embarazadas, cubrimos: Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo</p>	<p>Dentro y fuera de la red: No se paga un coseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Agencia de asistencia médica a domicilio Antes de recibir servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que necesita este servicio y ordenar que una agencia de servicios médicos a domicilio se lo provea. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: Servicios de enfermería especializada y de asistencia médica en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de asistencia médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla Servicios médicos y sociales Equipo médico y suministros</p>	<p>Dentro de la red: No hay copago para los servicios de atención médica en el hogar dentro de la red. Su proveedor debe obtener una autorización previa del plan antes de que usted empiece a recibir la atención.</p> <p>Fuera de la red: Usted pagará un coseguro del 20 % por los servicios de asistencia médica a domicilio cuando recurre a un proveedor que no forma parte de la red. <i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio consiste en la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <p>Servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados de acuerdo al plan de cuidados.</p> <p>Formación y educación del paciente no cubiertas de otro modo por el beneficio de equipos médicos duraderos.</p> <p>Servicios de monitoreo remoto para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Coseguro del 20 % para la terapia de infusión en el hogar cuando utilice un proveedor dentro de la red.</p> <p><i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en centros de cuidados paliativos</p> <p>Es elegible para los beneficios de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos certifiquen mediante un diagnóstico que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida, o menos, si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar los programas de cuidados paliativos disponibles en el área de servicio de este mismo, incluidos aquellos que las organizaciones de Medicare Advantage (MA) poseen, controlan o tienen una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor Cuidado de respiro de corto plazo Atención en el hogar.</p> <p>Cuando ingresa a un programa de cuidados paliativos, tiene el derecho a permanecer en su plan. Si decide hacerlo, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>En el caso de los servicios de cuidados paliativos cubiertos por la Parte A o B de Medicare, que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por los servicios de este tipo y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con el diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras participe en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que este pague. Se le facturará los costos compartidos de Original Medicare.</p>	<p>Al inscribirse en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i>, paga por sus servicios de cuidados paliativos y de la Parte A y B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.</p> <p>En el caso de los servicios cubiertos no relacionados con el cuidado paliativo, usted paga el mismo costo compartido que se describe en este cuadro de beneficios médicos.</p> <p><i>La consulta de cuidados paliativos no tiene costo alguno para usted.</i></p>

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios

Atención en centros de cuidados paliativos (continuación)

En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare, que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios no urgentes ni de emergencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, su costo para estos servicios dependerá de si se atiende con un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, en caso de que se requiera obtener una autorización previa).

Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibir el servicio, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.

Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido del plan por los servicios fuera de la red.

En el caso de los servicios cubiertos por *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* pero que la Parte A o Parte B de Medicare no cubre: *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* continuará pagando por los servicios que cuenten con cobertura por parte del plan, pero que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.

En caso de los medicamentos que están cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su condición de cuidados paliativos, paga un costo compartido. Si están relacionados con su condición de cuidados paliativos entonces paga el costo compartido de Original Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el cuidado paliativo y nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5

(Qué hacer si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare).

Nota: Si necesita atención no paliativa (que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para planificar los servicios.

Nuestro plan cubre los servicios de consulta para cuidados paliativos (solo una vez) de una persona con enfermedad terminal que no haya seleccionado el beneficio de cuidados paliativos.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente: Vacuna contra la neumonía</p> <p>Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias</p> <p>Vacuna contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o intermedio de contraer esta enfermedad Vacuna contra la COVID-19</p> <p>Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Las vacunas contra la COVID-19, la hepatitis B, la gripe y la neumonía no requieren el pago de coseguro, copago o deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitales de cuidado crítico para pacientes hospitalizados, de rehabilitación para pacientes hospitalizados y de atención a largo plazo, además de otros tipos de servicios médicos para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta hospitalaria es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) cubre una cantidad ilimitada de días de atención médica para pacientes hospitalizados.</p> <p>Los costos compartidos comienzan el primer día de la hospitalización. Los costos compartidos no aplican el día del alta hospitalaria.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">Habitación semiprivada (o una habitación privada si es medicamente necesaria)Las comidas incluyen dietas especialesServicios de enfermería regularCostos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios)Fármacos y medicamentosPruebas de laboratorioRadiografías y otros servicios de radiologíaSuministros quirúrgicos y médicos necesariosUso de aparatos, como silla de ruedasCostos de quirófano y sala de recuperaciónFisioterapia, terapia ocupacional y terapia del hablaServicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red:</p> <p>Por cada hospitalización, usted paga copago de \$125 por día desde el día 1 al 3. Usted paga un copago de \$0 a partir del día 4.</p> <p><i>Se requiere una autorización previa, salvo que se trate de un caso de emergencia.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Paga un coseguro del 20 % por cada hospitalización.</p> <p><i>Se requiere una autorización previa, salvo que se trate de un caso de emergencia.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>En algunos casos, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, programaremos la revisión de su caso por parte de un centro de trasplante aprobado por Medicare, el cual decidirá si es candidato para dicho procedimiento.</p> <p>Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de eritrocitos comienza solo cuando necesita la primera pinta de sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada.</p> <p>Servicios médicos.</p> <p>Nota: su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente en el hospital como paciente hospitalizado. Aunque pase la noche en el hospital, aún puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Consulte al personal del hospital si no está seguro de ser un paciente hospitalizado o ambulatorio.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte”. Esta ficha informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY llamen al 1-877-486-2048. Puede realizar llamadas gratuitas a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Si recibe atención ambulatoria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, el costo compartido que le corresponde es el que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren hospitalización en una unidad psiquiátrica en un hospital general que está cubierto por los días que sean médicamente necesarios. En un hospital psiquiátrico privado, los servicios cubiertos se proporcionan hasta alcanzar el límite de por vida de Medicare de 190 días. Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) no proporciona cobertura después de haber alcanzado el límite de por vida de 190 días.</p> <p>Los costos compartidos comienzan el primer día de la hospitalización. Los costos compartidos no aplican el día del alta hospitalaria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>En una unidad psiquiátrica en un hospital general, paga un Copago de \$125 por día desde el día 1 al 3. Paga Copago de \$0 partir del día 4.</p> <p>En un hospital psiquiátrico independiente, paga un Copago de \$125 por día desde el día 1 al 3. Paga Copago de \$0 a partir del día 4 hasta que haya alcanzado el límite de por vida de 190 días.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Paga un coseguro del 20 % por cada hospitalización.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Hospitalización: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta.</p> <p>No cubriremos la hospitalización si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si esta no es razonable ni necesaria. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o el centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <p>Servicios médicos. Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorios) Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales del personal técnico Apósito quirúrgico Férula, yeso y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y luxaciones Aparatos ortopédicos y prostéticos (además de los dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno (incluido el tejido adyacente), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno permanentemente inoperativo o que no funciona bien, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos aparatos Órtesis para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos el ajuste, la reparación y el reemplazo necesarios a causa de la ruptura, el desgaste, la pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 en cada visita al médico de atención primaria por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$20 en cada visita a un médico especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por radiografías cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Coseguro del 10 % por radioterapia.</p> <p>Coseguro del 20 % por DME, aparatos ortopédicos y prótesis</p> <p>Copago del 20 % por los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por servicios de fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Copago de \$10 en cada visita al médico de atención primaria por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 en cada visita a un médico especialista por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 20 % por radiografías cubiertas por Medicare</p> <p>Coseguro del 20 % por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Coseguro del 20 % por radioterapia.</p> <p>Coseguro del 20 % por DME, aparatos ortopédicos y prótesis</p> <p>Copago del 20 % por los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por servicios de fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Programa de comidas: posterior a la hospitalización Después de ser dado de alta de un hospital, puede ser elegible para tener hasta dos semanas (cinco días a la semana, dos comidas por día) de comidas nutritivas y preparadas que se enviarán a su casa para ayudarlo a recuperarse de su enfermedad/lesión o para controlar sus problemas de salud. Tras ser dado de alta, nuestro equipo de gestión de la atención coordinará su beneficio de comidas con su proveedor de atención médica para determinar si cumple con los criterios para recibir comidas preparadas según sus necesidades médicas. (Las comidas las debe ordenar un proveedor de atención médica certificado o un gerente de atención del plan médico de Mass General Brigham). Si se cumple con los criterios, un proveedor aprobado por el plan preparará y enviará las comidas a su hogar sin costo alguno.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro ni copago para las comidas poshospitalización. <i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura.</p>
<p> Terapia de nutrición médica Este beneficio se ofrece a personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (excepto si recibe diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena un médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que reciba los servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y, posteriormente, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden de manera anual si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Los miembros elegibles no pagan coseguro, copago o deducible por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare en virtud de todos los planes médicos de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que proporciona capacitación práctica para el cambio alimenticio a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas con la finalidad de superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No se paga un coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Original Medicare. Nuestros miembros reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por la quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por las Parte B de Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por la quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por las Parte B de Medicare.</p> <p><i>Es posible que se necesite una autorización previa antes de que reciba ciertos medicamentos recetados de la Parte B.</i></p>

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)

Medicamentos que no se suele administrar el paciente por sí mismo y que se aplican mediante inyección o infusión mientras está recibiendo servicios médicos, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en centros quirúrgicos ambulatorios.

Medicamentos autorizados por el plan que se administra usando un equipo médico duradero (como los nebulizadores).

Factores de coagulación que se inyecta por sí mismo si sufre de hemofilia.

Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano.

Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no se puede administrar los antígenos por sí mismo.

Determinados medicamentos contra el cáncer y las náuseas.

Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto de la heparina, cuando sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit®)

Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las inmunodeficiencias primarias.

También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y D. Nuestro plan le cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin costo alguno.

En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para recibir la cobertura de recetas. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a lo largo del plan.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Evaluación y terapia de obesidad para fomentar la pérdida sostenida del peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal superior a 30, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar junto con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o un profesional de la salud para obtener más información.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: No se paga un coseguro, copago o deducible por la evaluación y terapia de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opiáceos</p> <p>Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno por uso de opiáceos (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento con opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos antagonistas y agonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).• Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)• Asesoramiento sobre el abuso de sustancias• Terapia individual y grupal• Examen toxicológico• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por los servicios del programa de tratamiento con opiáceos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$40 por los servicios del programa de tratamiento con opiáceos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales del personal técnico• Suministros quirúrgicos, como los apósitos• Férula, yeso y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y luxaciones• Análisis de laboratorio• Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de eritrocitos comienza cuando necesita la primera pinta de sangre.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$150 por cada servicio de diagnóstico radiológico cubierto por Medicare, incluidos los materiales y suministros del personal técnico.</p> <p>Usted paga un coseguro del 10 % por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare, incluidos los materiales y suministros del personal técnico.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de sangre.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada prueba o procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare. <i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por los servicios de radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por cada servicio de diagnóstico radiológico cubierto por Medicare, incluidos los materiales y suministros del personal técnico.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare, incluidos los materiales y suministros del personal técnico.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de sangre.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada prueba o procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare. <i>Se necesita autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le puede dar de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios.</p> <p>Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan bajo la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en un hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya proporcionado una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, aún puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Consulte al personal del hospital si no está seguro de ser un paciente ambulatorio.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte”. Esta ficha informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY llamen al 1-877-486-2048. Puede realizar llamadas gratuitas a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$175 por los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. <i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. <i>Se necesita autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios medicamente necesarios que obtiene en el departamento de servicios ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <p>Servicios en una sala de emergencias o clínica de servicios ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía ambulatoria.</p> <p>Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital.</p> <p>Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con hospitalización sería necesario sin esta, los servicios de radiografía y radiología serán facturados por el hospital.</p> <p>Suministros médicos como férulas y yesos.</p> <p>Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar a sí mismo.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya proporcionado una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, aún puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Consulte al personal del hospital si no está seguro de ser un paciente ambulatorio.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte”. Esta ficha informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY llamen al 1-877-486-2048. Puede realizar llamadas gratuitas a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>[Enumere también los beneficios adicionales ofrecidos].</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$175 por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios para la salud mental que proporcionan un médico o psiquiatra certificado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero, asistente médico u otro profesional de la salud mental certificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de atención de la salud mental individual o grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de atención de la salud mental individual o grupal para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos establecimientos ambulatorios, como departamentos de servicios ambulatorios en hospitales, consultorios terapéuticos independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo y el abuso y la dependencia de sustancias. Esto incluye el tratamiento por parte de cualquier asesor o terapeuta especialista en abuso de sustancias certificado en su consultorio o en un establecimiento clínico.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios ambulatorios por abuso de sustancias tanto dentro como fuera de la red.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluye los servicios proporcionados en los centros de atención ambulatoria y de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si será hospitalizado o será un paciente ambulatorio. A menos que el proveedor proporcione una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, aún puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$175 por la cirugía ambulatoria.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por la cirugía ambulatoria.</p> <p><i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p>
<p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Nuestro plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta \$75 por trimestre y se debe ordenar a través de Convey Health Solutions.• Las órdenes se enviarán a su hogar.• Los saldos no utilizados al final de cada periodo de beneficio no se transferirán al siguiente periodo de beneficio. Si tiene alguna pregunta o le gustaría realizar un pedido por teléfono, llame a Convey Health Solutions al 1-800- 695-5306 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m.	<p>Usted paga un copago de \$0 por los productos de venta libre.</p> <p>Los montos que paga, si los hubiera, por los servicios no cubiertos por Medicare no se aplican a su gasto máximo de bolsillo.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por parte de un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa para la hospitalización.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios de hospitalización parcial.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por los servicios de hospitalización parcial.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios

Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio médico

Los servicios cubiertos incluyen:

Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un consultorio médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, un departamento de servicios ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación.

Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista.

Audiometría y pruebas de equilibrio básicas realizadas por un PCP, si su médico lo ordena para comprobar si necesita tratamiento médico.

Determinados servicios de telesalud, incluidos la atención primaria, la atención especializada, sesiones individuales de atención de la salud mental, sesión individual de abuso de sustancias o servicios de atención de urgencia mediante On Demand.

- Tiene la opción de obtener estos servicios en una visita presencial o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. On Demand es la opción de telesalud de Mass General Brigham para la atención de urgencia o cuando un médico no está disponible (por ejemplo, durante los fines de semana o fuera del horario de trabajo).
- Los servicios de telesalud cubiertos se limitan a aquellos que incluyen un componente tanto de audio como de video y deben realizarse en tiempo real con un método de comunicación segura administrado por su médico.

Algunos servicios de telesalud incluyen la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.

Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para los miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o de acceso crítico de hemodiálisis, un centro de hemodiálisis o su hogar.

Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación.

Dentro de la red:

Paga un copago de \$0 por cada visita con un médico de atención primaria (PCP).

Usted paga un copago de \$20 por cada visita con un especialista.

Servicios de telesalud (dentro de la red):

Hay un copago de \$0 si realiza una visita de telemedicina a través de On Demand.

Hay un copago de \$0 si realiza una visita de telemedicina con su médico de atención primaria.

Hay un copago de \$20 por una visita de telesalud con un especialista.

Hay un copago de \$20 por una visita de telesalud con un proveedor de la salud mental o psiquiatra.

Hay un copago de \$20 por una visita de telesalud con un proveedor especialista en abuso de sustancias.

Fuera de la red:

Usted paga un copago de \$10 por cada visita con un médico de atención primaria (PCP).

Usted paga un copago de \$40 por cada visita con un especialista.

Servicios de telesalud (fuera de la red):

Hay un copago de \$10 si realiza una visita de telemedicina con su médico de atención primaria.

Hay un copago de \$40 por una visita de telesalud con un especialista.

Hay un copago de \$40 por una visita de telesalud con un proveedor de la salud mental o psiquiatra.

Hay un copago de \$40 por una visita de telesalud con un proveedor especialista en abuso de sustancias.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno mental concomitante, sin importar su ubicación.</p> <p>Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de los trastornos mentales si:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Tiene una visita presencial dentro de los 6 meses posteriores a su primera visita de telesalud.○ Tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ En determinadas circunstancias, se pueden hacer excepciones a lo mencionado. <p>Servicios de telesalud para visitas de la salud mental proporcionadas en clínicas de salud rural y centros de salud aprobados por el gobierno federal.</p> <p>Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si:</p> <ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo;○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y○ El control no da lugar a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita más pronta disponible. <p>Evaluación del video o las imágenes que envíe al médico, e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas si:</p> <ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo;○ La evaluación no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita más pronta disponible. <p>Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o historial médico electrónico Segunda opinión antes de la cirugía Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o de estructuras relacionadas, la fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para la radioterapia de una neoplasia maligna, o los servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico).</p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><i>Servicios de podología</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo del pie en martillo o espolones en el talón). Cuidado rutinario del pie para los miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de podología. <i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Paga un copago de \$40 por cada visita de podología. <i>Se necesita autorización previa.</i></p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>En el caso de hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <p>Examen rectal digital. Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No se paga un coseguro, copago o deducible por una prueba de PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (además de los dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un miembro o función del cuerpo. Esto incluye, entre otros: bolsas de colostomía y suministros relacionados de manera directa con los cuidados de colostomía, marcapasos, órtesis, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos, y la reparación o reemplazo de este tipo de dispositivos. También incluye la cobertura parcial después de una extracción o cirugía de cataratas; consulte "Atención de la visión" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Paga un coseguro del 20 % por los dispositivos y suministros protésicos. <i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por los dispositivos y suministros protésicos. <i>Es posible que necesite autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que sufren de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderado a muy grave y cuentan con una orden para recibir rehabilitación pulmonar por parte del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de rehabilitación pulmonar.</p>
<p> Evaluación y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de abuso de alcohol para adultos que cuenten con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) y que toman alcohol en exceso pero no son dependientes de este.</p> <p>Si da positivo para abuso de alcohol en su evaluación, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales de asesoramiento por año (solo si está consciente y alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o un profesional de la salud en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No se paga un coseguro, copago o deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios

 **Evaluación para la detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)**

En el caso de las personas que cumplan con los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (low-dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses.

Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de fumar, al menos, 20 paquetes de tabaco al año y que en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, y que reciben una orden escrita para realizarse una LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la evaluación para la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea realizada por un médico o profesional de la salud no médico calificado.

En el caso de las evaluaciones para la detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación inicial con LDCT: el miembro debe recibir una orden escrita para la evaluación para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la cual se puede realizar durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional de la salud no médico calificado. Si un médico o profesional de la salud no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la evaluación para la detección de cáncer de pulmón para las evaluaciones con LDCT posteriores, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare con respecto a este tipo de visitas.

Dentro y fuera de la red:

No se paga un coseguro, copago o deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida o la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Evaluación para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las evaluaciones para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS) por clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes se cubren para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando un proveedor de atención primaria las ordena. Cubrimos estas evaluaciones una vez cada 12 meses o, en determinadas ocasiones, durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales y presenciales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con un mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si un proveedor de atención primaria las proporciona y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No se paga un coseguro, copago o deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad de los riñones</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de educación sobre la enfermedad de los riñones para enseñar acerca de los cuidados renales y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa 4 referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de por vida de servicios de educación sobre la enfermedad de los riñones.</p> <p>Tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra fuera del área de servicio de manera temporal, como se explica en el Capítulo 3), o cuando el proveedor de este servicio no se encuentra disponible o no se le puede contactar por el momento.</p> <p>Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como paciente hospitalizado en un hospital de atención especial).</p> <p>Capacitación para realizar la diálisis por sí mismo (incluye la capacitación para usted y todas las personas que lo ayuden con los tratamientos de diálisis en el hogar).</p> <p>Equipo de diálisis en el hogar y suministros</p> <p>Determinados servicios de apoyo domiciliario (como, en los casos que sea necesario, las visitas por parte de un técnico en diálisis capacitado para monitorear su diálisis domiciliaria, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y su suministro de agua).</p> <p>Determinados medicamentos para la diálisis están cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para encontrar información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Paga un copago de \$0 por los servicios de educación sobre la enfermedad de los riñones.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Paga un coseguro del 20 % por los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para encontrar la definición de “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada también. Este tipo de centros a veces también se conocen como “SNF”).</p> <p>No se requiere una hospitalización de 3 días antes de la cobertura.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <p>Habitación semiprivada (o una habitación privada si es medicamente necesaria).</p> <p>Las comidas incluyen dietas especiales Servicios de enfermería especializada</p> <p>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</p> <p>Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye las sustancias presentes en el organismo de manera natural, como los factores de coagulación).</p> <p>Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de eritrocitos comienza cuando necesita la primera pinta de sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada.</p> <p>Suministros médicos y quirúrgicos que los SNF suelen proporcionar.</p> <p>Pruebas de laboratorios, radiografías y otros servicios de radiología proporcionadas normalmente por los SNF</p> <p>Uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen proporcionar los SNF.</p> <p>Servicios por parte de médicos/profesionales de la salud.</p> <p>Por lo general, recibirá su atención en SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo las condiciones que se muestran a continuación, es posible que pague el costo compartido de servicios dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red si este acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 cada día por 1 a 20 días en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>Copago de \$160 cada día por 21 a 44 días en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>Copago de \$0 cada día por 45 a 100 días en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>Está cubierto por hasta 100 días por cada periodo de beneficio. Usted paga el 100 % del costo durante 100 días en un periodo de beneficio.</p> <p>Un periodo de beneficio comienza el día de ingreso al hospital o a un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando no haya recibido ninguna atención médica para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) por 60 (o atención especializada en un SNF).</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 %.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Un asilo de ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados donde vivía justo antes de que fuera al hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería especializada). Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en el que deje el hospital.	
 Consejos para dejar de fumar y usar tabaco (asesoramiento) <u>Si usa tabaco, pero no presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con este producto:</u> cubrimos dos asesoramientos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo, sin costo alguno para usted. Cada asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. <u>Si usa tabaco y se le ha diagnosticado con una enfermedad asociada a este producto o está tomando medicamentos que el tabaco puede afectar:</u> cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos asesoramientos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. Dentro y fuera de la red: No se paga un coseguro, copago o deducible por los beneficios preventivos de consejos para dejar de fumar y usar tabaco cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para miembros que sufren de enfermedad arterial periférica (EAP).</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas, si se cumplen con los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <p>Consiste en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos con un programa terapéutico de entrenamiento físico para la EAP en pacientes con claudicación. Debe realizarse en un ambiente hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. Debe ser proporcionado por un personal auxiliar calificado (necesario para garantizar que se obtengan más beneficios que perjuicios) y capacitado en tratamientos con ejercicios para la EAP. Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero/especialista en enfermería clínica, quien debe estar capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas.</p> <p>Si un proveedor de atención médica lo considera medicamente necesario, además de las 36 sesiones de SET durante 12 semanas, se pueden cubrir 36 sesiones adicionales por un periodo extendido de tiempo.</p>	<p><i>Dentro de la red:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el tratamiento con ejercicios supervisados (SET).</p> <p><i>Fuera de la red:</i></p> <p>Usted paga un copago de \$40 por el tratamiento con ejercicios supervisados (SET).</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad médica, lesión o afección inesperada y que no sea de emergencia que requiera atención médica inmediata; sin embargo, debido a sus circunstancias, no es posible o razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir cuando los obtiene fuera de la red son los siguientes: i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra fuera del área de servicio del plan de manera temporal. Por ejemplo, cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana.</p> <p>Los servicios se deben necesitar de inmediato y ser medicamente necesarios.</p> <p>La parte de los costos compartidos para los servicios de urgencia prestados fuera de la red es la misma que para los prestados dentro de la red.</p> <p>Este plan cubre los servicios de atención urgente a nivel mundial. No están cubiertos los medicamentos recetados de la parte D que se obtienen en una farmacia de venta al por menor fuera de los EE. UU. y sus territorios. Los impuestos y tasas extranjeras (incluidas, entre otras, las comisiones por cambio de divisas o por transacción) no están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por cada visita de atención urgente.</p> <p>Si necesita servicios de atención urgente mientras se encuentra en el extranjero, el costo compartido es de \$30. Es posible que tenga que pagar por adelantado y deba solicitar el reembolso al plan médico de Mass General Brigham cuando regrese.</p>

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios



Cuidados de la visión

Los servicios cubiertos incluyen:

Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos (refracciones oculares) de rutina para anteojos/lentes de contacto.

En el caso de las personas que corren un alto riesgo de sufrir glaucoma, cubriremos un examen anual para la detección de esta enfermedad.

Las personas con un alto riesgo de sufrir glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años.

En el caso de las personas con diabetes, se cubre un examen para la detección de retinopatía diabética por año.

Un par de gafas o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluye la colocación de un lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de catarata distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y obtener dos gafas después de la segunda operación).

Nuestro plan cubre los beneficios oftalmológicos de rutina a través de EyeMed. Su número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente es 1- 888-839-1272. Su plan cubre un examen anual oftalmológico de rutina. Además, su plan proporciona un asignación de hasta \$300 por año para lentes con graduación. Incluye lo siguiente:

- Anteojos: Lentes monofocales, bifocales, trifocales o progresivos, o marcos (incluidos los gastos de ajuste y dispensación); o
- Lentes de contacto (incluidos los gastos de evaluación, ajuste y dispensación de los lentes de contacto).

El miembro es responsable de pagar cualquier monto superior a los \$300.

Dentro de la red:

Usted paga un copago de \$20 por un examen oftalmológico cubierto por Medicare.

Paga un copago de \$0 por un examen oftalmológico de rutina realizado por un proveedor de EyeMed.

Fuera de la red:

Usted paga un copago de \$40 por el examen oftalmológico cubierto por Medicare.

Usted paga un copago de \$40 por un examen oftalmológico de rutina en un proveedor fuera de la red.

Los montos que paga, si los hubiera, por los servicios no cubiertos por Medicare no se aplican a su gasto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> “Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una visita preventiva única de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye un revisión de su salud, así como capacitación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertos exámenes y vacunas) y derivaciones para otro tipo de atención, si fuera necesario.</p> <p>Importante: solo cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” dentro de los primeros 12 meses de obtener la Parte B de Medicare. Cuando concierte su cita, comuníquese al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No se paga un coseguro, copago o deducible por la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se indican los servicios que se “excluyen” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo en determinadas condiciones.

Si obtiene los servicios excluidos (no cubiertos), usted es responsable de su pago, excepto cuando se reciben en las condiciones determinadas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, no se cubrirán y nuestro plan no pagará por ellos.

La única excepción es si presenta una apelación para el servicio y, posteriormente, se decide: que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, diríjase a la Sección 5.3 del Capítulo 9, de este documento).

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en determinadas condiciones
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de sufrir una lesión accidental o para mejorar la función de un miembro del cuerpo malformado. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectado con la finalidad de lograr una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de compañía</p> <p>El cuidado de compañía son los cuidados personales que no requieren la atención continua de un personal médico o paramédico capacitado, como, atención para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse y vestirse.</p>	✓	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que la comunidad médica no suele aceptar, según lo determinado por Original Medicare.</p>		<p>Original Medicare puede cubrirlos en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Honorarios cobrados por los cuidados proporcionados por un familiar inmediato o miembro de su familia.	✓	
Atención de enfermería domiciliar a tiempo completo.	✓	
Servicio de comidas a domicilio.		✓ Según lo que se describe en el Cuadro de beneficios médicos

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en determinadas condiciones
Servicios domésticos, incluida la asistencia domiciliar básica, como quehaceres domésticos sencillos o preparación de comidas sencillas	✓	
Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental no rutinaria.		Es posible que se cubra la atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Los zapatos que son parte de una órtesis para pierna están incluidos en el costo de la órtesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético
Audífonos de venta libre	✓	
Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando sea médicamente necesaria.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministro de anticonceptivos de venta libre	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		✓ Según lo que se describe en el cuadro de beneficios médicos.
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía ocular LASIK y otras ayudas para la visión corta.		Se cubre el examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas que se sometieron a una cirugía de cataratas. El examen oftalmológico de rutina y los anteojos se cubren según lo descrito en el cuadro de beneficios

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo en determinadas condiciones
		médicos.
Cuidado rutinario del pie.		Cobertura limitada según los lineamientos de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Exámenes rutinarios de audición, audífonos o revisiones para ajustar los audífonos.		✓ Según lo que se describe en el cuadro de beneficios médicos.
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5:

*Utilizando la cobertura del plan para
medicamentos recetados
de la Parte D*

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos siempre que siga las siguientes reglas básicas:

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otro médico que prescribe la receta) que le emita una receta que sea válida según las leyes estatales correspondientes.
- Su médico que prescribe la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus recetas. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red* o a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento se debe usar para una indicación medicamento aceptada. Una “indicación mediamente aceptada” hace referencia al uso de un medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado o que ciertos libros de consulta respaldan. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten las farmacias de nuestra red. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre los casos en que cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (MassGeneralBrighamAdvantage.org) o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

Si la farmacia a la que ha estado acudiendo abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que sea parte de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio de Atención al Cliente o utilice el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en MassGeneralBrighamAdvantage.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud para Indígenas, Tribales e Indígenas de Centros Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (**Nota:** este escenario debería darse en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedido por correo del plan

En el caso de determinados tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran a través del pedido por correo son fármacos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con "NM" en nuestra Lista de medicamentos.

Nuestro servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir **hasta 90 días de suministro**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, ingrese a su cuenta de Caremark.com o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Por lo general, un pedido de farmacia de pedido por correo le será entregado en un plazo máximo de 10 días. La farmacia de pedido por correo le notificará si prevé que el pedido se retrasará. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede contactar con el Servicio de Atención al Cliente para discutir las opciones como el surtir la receta en una farmacia de venta al por menor local o acelerar el método de envío. Indíquelo al

representante su número de identificación y su(s) número(s) de receta(s). Si desea la entrega de sus medicamentos el segundo día o el día siguiente, puede solicitar este formulario al representante de Servicio de Atención al Cliente por un cargo adicional.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente de la consulta de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar antes con usted, en caso:

- Haya usado el servicio de pedido por correo con este plan en el pasado o
- Se suscriba al surtido automático de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar el surtido automático de todas las recetas nuevas en cualquier momento desde su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Si recibe de manera automática por correo una receta que no desea y no se han puesto en contacto con usted para ver si la quería antes de enviarla, puede solicitar el reembolso.

Si utilizó el servicio de pedido 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 al Servicio de Atención al Cliente. Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para verificar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para que sepan si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros ingresando a su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Resurtido de recetas de pedido por correo. Para reponer sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. A través de este programa, empezaremos a tramitar automáticamente su siguiente resurtido cuando nuestros registros indiquen que está a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 15 días antes de que se le acabe la receta actual. De esta manera, se asegurará de que su pedido le llegue a tiempo.

Para retirarse de nuestro programa que prepara de manera automática los pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Si recibe un resurtido de manera automática por correo que no desea, puede optar por un reembolso.

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

Cuando recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, su porcentaje de costos compartidos puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de los medicamentos de "mantenimiento" de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo). Puede pedir este suministro a través del pedido por correo (Consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia de venta al por menor.

1. Algunas farmacias de venta al por menor en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacia de nuestra red le puede otorgar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Su receta médica puede cubrirse en determinadas situaciones.**

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, disponemos de farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero verifique con el Servicio de Atención al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Se le puede pedir que pague una diferencia de lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo de lo que nosotros cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se indican las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

Cuando viaje o está fuera del área de servicio del plan

Si toma un medicamento recetado de manera habitual y va a viajar, asegúrese de comprobar su suministro de medicamentos antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que vaya a necesitar. Es posible que pueda ordenar sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo o de una farmacia de venta al por menor de la red.

Si va a viajar dentro de los EE. UU. pero fuera del área del servicio del plan y se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de coberturas que se especifican en este documento y si no hay una farmacia de la red disponible. En este tipo de situaciones, deberá pagar el costo completo (en lugar de pagar solo su copago) cuando surta la receta. Puede pedir que le reembolsemos la parte del costo compartido presentando un formulario de reclamación en papel.

Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si hay una farmacia de la red en el área donde está viajando. Nuestra red de farmacias abarca todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, el Servicio de Relaciones con el Cliente puede hacer los arreglos necesarios para que usted obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red.

En otro tipo de situaciones, podemos cubrir su receta si acude a una farmacia fuera de la red

Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se cumplen al menos uno de los siguientes casos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en un tiempo adecuado dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que por lo general no se encuentra disponible en una farmacia de venta al por menor de la red o de pedido por correo adecuada (estos medicamentos incluyen medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos especializados).
- Puede pedir que le reembolsemos la parte del costo compartido presentando un formulario de reclamación.

En estos casos, primero verifique con el Servicio para Miembros para saber si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Miembro figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que se le pida que pague una diferencia de lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo de lo que nosotros cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo puede pedir un reembolso de parte del plan?

Si es necesario que use una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su porcentaje normal de costos compartidos) al momento de surtir su receta. Puede pedir que le reembolsemos su parte del costo compartido. (La Sección 2.1 del Capítulo 7, explica cómo pedir que el plan le reembolse dinero).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos
--

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

Los medicamentos de esta lista fueron seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. Esta lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por la misma.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son los únicos con cobertura de la Parte D de Medicare.

Por lo general cubriremos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que *está*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que se le receta.
- O respaldado por ciertas referencias como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando decimos “medicamentos”, podemos referirnos a medicamentos típicos o a productos biológicos.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que uno de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como un medicamento de marca o producto biológico y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos o biosimilares que pueden sustituir muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir ciertos medicamentos en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos
--

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto mayor sea el número del nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y es posible que también algunos medicamentos de marca.

- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos y es posible que también algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos: incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos.
- Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: es el nivel más alto e incluye medicamentos de marcas costosas y genéricos.

Puede verificar cuál es el nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel se indica en el Capítulo 6 (*¿Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D?*).

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

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que enviamos de manera electrónica. (Tenga en cuenta lo siguiente: la Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información de los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. No obstante, cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos que proporcionamos. Si alguno de los medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (MassGeneralBrighamHealthPlan.org). La Lista de medicamentos en nuestro sitio web siempre está actualizada.
3. Llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en específico figura en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan cubre ciertos medicamentos. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para recomendarle a usted y a su proveedor que usen los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica para los medicamentos que quiere tomar, verifique la Lista de medicamentos. Si existe un medicamento seguro de costo menor que vaya a funcionar tan bien como un medicamento más costoso, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a elegir la opción menos costosa.

Tenga en cuenta que un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en cuanto a la

concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación a 100 mg; uno por día en comparación a dos por día; comprimido en comparación a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las secciones a continuación brindan mayor información de los tipos de restricciones que tenemos en cuenta para ciertos medicamentos.

Si su medicamento tiene alguna restricción, es posible que usted o su proveedor tengan que realizar procedimientos adicionales para que podamos cubrir el medicamento.

Contáctese con el Servicio de Atención al Cliente para conocer los procedimientos que usted o su proveedor tendrían que realizar para recibir cobertura para el medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no quitar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando una versión genérica está disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que uno de marca y suele costar menos. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le brindarán la versión genérica en lugar de la de marca.**

No obstante, si su proveedor no ha indicado una razón médica de por qué el medicamento genérico no funcionará en usted o ha escrito “no sustituir” en su receta de un medicamento de marca, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su porcentaje de costos compartidos sea mayor por un medicamento de marca que por uno genérico).

Obtener la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberá obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina “**autorización previa**”. Esta se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no tenga la cobertura del plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero que por lo general tienen la misma efectividad antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede pedirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina “**terapia en etapas**”.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede recibir cada vez que surte sus recetas. Por ejemplo, si se considera seguro que tome solo una píldora por día de determinado medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos de la manera en la que le gustaría?

Sección 5.1 Hay acciones que puede tomar si su medicamento no cuenta con la cobertura que le gustaría

Hay casos en los que un medicamento recetado que está tomando, o que su proveedor considera que debería estar tomando, no forma parte de nuestro formulario o forma parte de nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O que la versión genérica esté cubierta pero la versión de marca que quiere tomar no.
- El medicamento tiene cobertura, pero bajo reglas adicionales o restricciones de cobertura como se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su porcentaje del costo compartido sea más costoso de lo que usted piensa que debería de ser.
- Hay acciones que puede tomar si su medicamento no cuenta con la cobertura que le gustaría. Si su medicamento no aparece en nuestra Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su porcentaje del costo compartido sea más costoso de lo que usted piensa que debería de ser, consulte la Sección 5.3 para aprender lo que podría hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no aparece en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido de alguna forma?

Si su medicamento no aparece en la Lista de medicamentos o si está restringido, tiene las siguientes opciones:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a un medicamento distinto.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o elimine sus restricciones.

Es posible que pueda recibir un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y tomar una decisión.

Para ser elegible para el suministro temporal, el medicamento que está tomando **no debe estar incluido en la Lista de medicamentos del plan O estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- Este suministro temporal durará como máximo 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos resurtir el medicamento hasta un suministro máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de atención a largo plazo le proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas para prevenir que se desperdicien).
- **Para aquellos miembros que forman parte del plan desde hace más de 90 días, y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro cuanto antes:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días para un medicamento específico, o de menos si su receta está indicada para menos días. Esto se sumaría al suministro temporal anterior.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Debe hablar con su proveedor dentro del tiempo que le dure el suministro para decidir lo que hará cuando su suministro temporal termine. Tiene 2 opciones:

1) Puede cambiar a un medicamento distinto

Pregúntele a su proveedor si hay un medicamento cubierto por el plan diferente que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección. Esta lista puede ser de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar que hagan una excepción

Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento en la manera que a usted le gustaría. Si el proveedor declara que tiene razones médicas que justifiquen por qué nos pide una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitarlo. Por ejemplo, usted le solicita al plan que cubra un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 indica qué debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para garantizar que su solicitud se tramite con prontitud y equidad.

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

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

Puede cambiar a un medicamento distinto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera muy alto, hable

con su proveedor. Es posible que exista un medicamento diferente en un nivel menor de costo compartido que funcione igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección. Esta lista puede ser de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puede solicitar que hagan una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que usted pague menos por él. Si el proveedor declara que tiene razones médicas que justifiquen por qué nos pide una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para garantizar que su solicitud se tramite con prontitud y equidad.

Los medicamentos en nuestro nivel 5 de medicamentos de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No podemos bajar el porcentaje de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de cambios en los medicamentos cubiertos se realizan a comienzos de cada año (1.º de enero). No obstante, el plan puede realizar cambios en la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan puede:

- Añadir o remover medicamentos de la Lista de medicamentos.
- Mover un medicamento a un nivel mayor o menor de costos compartidos.
- Añadir o remover restricciones en la cobertura de un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.

Debemos seguir los requerimientos de Medicare antes de realizar cambios en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios de cobertura de un medicamento

Cuando se realiza cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información de los cambios en nuestro sitio web. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. A continuación, le indicamos los momentos en los que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios en la cobertura de su medicamento que podrían afectarle durante el plan del presente año

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a uno de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
 - Podemos remover de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo sustituimos por una versión genérica del mismo medicamento recientemente aprobada. El medicamento genérico aparecerá en el mismo o menor nivel de costos compartidos y con menos restricciones. Podemos decidir si mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido mayor o agregar nuevas restricciones.
 - Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no se lo comuniquemos antes de realizar el cambio. Si está tomando el medicamento de marca cuando realicemos el cambio, le proporcionaremos la información de los cambios específicos. También se incluirá información sobre los pasos que puede dar para solicitar una excepción que cubra el medicamento de marca. Es posible que no tenga este aviso antes de que realicemos los cambios.
 - Usted o su médico que prescribe la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros en la Lista de medicamentos que hayan sido retirados del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos remover el medicamento de manera inmediata de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos de inmediato.
 - Su médico que prescribe la receta también estará al corriente de este cambio y podrá colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Podemos realizar otros cambios en los medicamentos que está tomando una vez que el año haya empezado. Por ejemplo, podemos añadir un nuevo medicamento genérico que reemplace uno de marca en la Lista de medicamentos, cambiar el nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. También es posible que podamos realizar cambios con base en los recuadros de advertencia de la FDA o nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos avisarle con al menos 30 días de antelación o avisarle del cambio y proporcionarle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Luego de ser notificado de la modificación, con la ayuda de su proveedor, debería intentar cambiar a un medicamento diferente que tenga cobertura o cumplir con cualquier nueva restricción en el medicamento que esté tomando.
 - Usted o su médico que prescribe la receta pueden solicitarnos que hagamos una

excepción y que sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar determinados cambios en la Lista de medicamentos diferentes a los que ya se mencionaron. En estos casos, el cambio no aplicará para usted si está tomando el medicamento al momento de realizar el cambio; no obstante, es muy probable que estos cambios le afecten el 1.º de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan en curso son:

- Mover un medicamento a un nivel mayor de costos compartidos.
- Poner una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Remover su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (salvo si se retira del mercado, sustitución de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en los apartados anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que paga como parte del costo hasta el 1.º de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún aumento en sus pagos ni restricciones a su uso del medicamento.

No le informaremos de estos cambios directamente durante el año del plan. Necesitará revisar la Lista de medicamentos para el siguiente año (cuando la lista está disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio para los medicamentos que está tomando que le afectará durante el siguiente año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

Esta sección le indica qué tipo de medicamentos están “excluidos”. Esto significa que Medicare no pagará por esos medicamentos.

Si recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo apelar a una decisión).

A continuación, se indican 3 reglas generales sobre los medicamentos de la Parte D que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán.

- La Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que está cubierto por la Parte A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que compró fuera de los EE. UU. o sus territorios.
- Nuestro plan por lo general no puede cubrir el uso fuera de lo indicado en la etiqueta. Un “uso fuera de lo indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento distinto

de los indicados en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

- La cobertura del "uso fuera de lo indicado en la etiqueta" solo se permite cuando el uso está respaldado por determinadas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el DRUGDEX Information System.

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

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para favorecer la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto por vitaminas prenatales y preparados de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Como una condición de compra por parte del fabricante, los medicamentos ambulatorios requieren que las pruebas asociadas o servicios de control se adquieran de forma exclusiva del fabricante.

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará por los medicamentos que no se cubren normalmente. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Indique su información de la membresía

Para surtir su receta, facilite la información de la membresía del plan, que figuran en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan el porcentaje que *nos* corresponde del costo de su medicamento. Necesitará pagarle a la farmacia *su* porcentaje del costo cuando recoja su receta.

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

Si no lleva consigo su información de la membresía del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja.** (Luego puede **solicitar** que le reembolsemos el porcentaje que nos corresponde. En la Sección 2.1 del Capítulo 7, encontrará 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 se queda en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubierto por el plan?
--------------------	--

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la estancia. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan todas nuestras reglas de cobertura detalladas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (por ejemplo, un asilo de ancianos) cuenta con su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si es residente en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o que este usa siempre que sea parte de nuestra red.

Revise nuestro *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que este centro utilice es parte de nuestra red. Si no es parte de nuestra red o necesita obtener más información o ayuda, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que reciba de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué sucede si también está recibiendo cobertura de medicamentos por parte de un empleador o plan de grupo de jubilados?
--------------------	---

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empresa (o la de su cónyuge) o grupo de jubilados, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si cuenta con cobertura para empleados o grupos de jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Lo que significa que su cobertura para grupos pagará primero.

Tenga en cuenta lo siguiente sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados deberá enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año es “acreditable”.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan cuenta con una cobertura de medicamentos que debería pagar, en promedio y como mínimo, la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde esta información sobre la cobertura acreditable, ya que podría necesitarla luego. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió la información sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al empleador, al administrador de beneficios del grupo de jubilados, o al empleador o sociedad.

Sección 9.4 ¿Qué hacer si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos, porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones afines, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que prescribe o del proveedor de su centro de cuidados paliativos que indica que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de su centro de cuidados paliativos o el médico que prescribe la receta que se lo notifique antes de que le surtan su receta.

En caso de que revoque su elección de centro de cuidados paliativos o le den el alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos tal y como se explica en este documento. Para evitar retrasos en la farmacia cuando finalice su beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la gestión de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a tomar sus medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del consumo de medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos de que reciben una atención segura y adecuada.

Realizamos las revisiones cada vez que surte su receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, detectamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación

- Medicamentos que pueden no ser necesarios para usted debido a que está tomando otro medicamento que trata la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos con ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos

Si detectamos un posible problema en su consumo de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opiáceos de forma segura
---------------------	---

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. El programa se llama Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis de opiáceos recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas con recetas no son seguros, podemos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opiáceos o benzodiacepinas en una farmacia determinada
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opiáceos o benzodiacepinas a través de un médico determinado
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que le cubrimos

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos un aviso con anticipación. El aviso explicará las limitaciones que consideramos que deberíamos aplicar en usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médico o farmacia prefiere usar y sobre cualquier otra información que piense que es importante que sepamos. Luego de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otro aviso para confirmar la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico que prescribe la receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Para más información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No formará parte de nuestro DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo cuidados paliativos, o si reside en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de manejo de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades sanitarias complejas. Nuestro programa se llama Programa de manejo de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos elevados de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a utilizar sus opioides de forma segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o siempre que consulte con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve la lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su Identificación) por si acude al hospital o a emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

CAPÍTULO 6:

*Cuánto paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos en la actualidad?

Si forma parte de un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicar para usted.** Le enviamos un encarte aparte, denominado "Cláusula adicional de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional del plan de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no cuenta con este encarte, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente, y consulte por la "Cláusula LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para facilitar las cosas, en este capítulo utilizaremos el término "medicamento" para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos forman parte de los medicamentos de la Parte D, algunos son cubiertos por la Parte A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura Medicare por ley.

Para entender la información sobre los pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 al 4 del Capítulo 5 explican estas reglas.

Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que podrá pagar por sus servicios cubiertos
--------------------	--

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y existen tres formas en las que se le podría pedir que pague.

- El "**deducible**" es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a abonar la parte que le corresponde.
- El "**copago**" es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- El "**coseguro**" es el porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo
--------------------	---

Medicare cuenta con reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para controlar sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo.

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos mencionados a continuación (mientras sean parte de los medicamentos cubiertos de la Parte D, y usted haya cumplido con las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial
 - Etapa del periodo sin cobertura
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted mismo** efectúa estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* si **determinadas personas u organizaciones** los realizan en su nombre. Esta incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el sida, *por* un Programa estatal de asistencia farmacéutica validado por Medicare, o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos efectuados por el programa "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos efectuados por el Programa de descuento del periodo sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

En la fase de cobertura para catástrofes:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de \$7,400 *en* gastos de bolsillo en un año calendario, se le reasignará de la Etapa del periodo sin cobertura a la Etapa de cobertura para catástrofes.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo.

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compró fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que recibió en una farmacia fuera de la red y que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos durante el periodo sin cobertura
- Pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud de un empleador

Capítulo 6 Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Pagos por sus medicamentos efectuados por determinados planes de seguros y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de asuntos veteranos
- Pagos por sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de medicamentos (por ejemplo, indemnización laboral)

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, pagan una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe comunicárselo a nuestro plan llamando al Servicio de Atención al Cliente.

¿Cómo puede controlar el total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El monto de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando el monto sea de \$7,400, se le informará que ha abandonado la [*añadir según sea el caso:* Etapa de cobertura inicial O Etapa del periodo sin cobertura] y ahora se encuentra en la Etapa de cobertura para catástrofes.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 establece qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros o sus gastos están completos y actualizados.]

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando obtenga el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*?

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina: no pagará más de \$35 por suministros mensuales de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos” en su cobertura de medicamentos recetados bajo *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*. El monto depende de la etapa en la que se encuentre el paciente en el momento de surtir o resurtir la receta. Los detalles de cada etapa figuran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa del periodo sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura para catástrofes

SECCIÓN 3 Nosotros le enviamos informes en los que se explica los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”)
--

Nuestro plan controla los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando le surten o resurten sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En concreto, hay dos tipos de costos que registramos:

- Controlamos cuánto ha pagado. A esto se le denomina el costo de su “**gasto de bolsillo**”.
- Controlamos su “**costo total de medicamentos**”. Este es el monto de gasto de bolsillo que realizan usted u otros en su nombre, incluido el monto pagado por el plan.

Si ha recibido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes pasado, le enviaremos una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **La información de ese mes.** Este informe le proporciona los detalles de pago de las recetas que ha surtido el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que ha pagado el plan y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** A esto se le denomina “información hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio de año.
- **Información del costo de los medicamentos.** Esta información mostrará el costo total del medicamento, así como información sobre los aumentos del precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Se incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor porcentaje de costos compartidos para cada solicitud de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener su información de pago de medicamentos actualizada
--

Para controlar los costos de sus medicamentos y los pagos que efectúa por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que recibe un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que es posible que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos de forma automática la información que necesitamos para controlar sus

Capítulo 6 Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

gastos de bolsillo. Para que podamos controlar sus gastos de bolsillo, debemos tener copias de sus recibos. Aquí tiene ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando ha efectuado un copago por medicamentos que se suministran en el marco de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Todas las veces que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el costo total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague el porcentaje que nos corresponde. Para saber cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han hecho por usted.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia farmacéutica estatal, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP), el Programa de Salud para Indígenas y la mayoría de organizaciones benéficas cuentan dentro de sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos controlar sus gastos.
 - **Revise el informe escrito que le enviemos.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si considera que falta algo o tiene alguna duda, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)

No hay deducible para Mass General Brigham Advantage Premier (PPO). Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos del medicamento, y usted paga su parte

Sección 5.1 El monto que paga depende del tipo de medicamento y de dónde surte su receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo por sus medicamentos recetados cubiertos, mientras que usted paga la suya (sus importe de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar de donde surte su receta.

Capítulo 6 Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**El plan cuenta con 5 niveles de costo compartido**

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos de especialidad. Este es el nivel de costo compartido más alto.

Puede verificar cuál es el nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes:

- Una farmacia de venta al por menor de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Solo en pocas situaciones, cubrimos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para conocer los detalles sobre cuándo cubriremos una receta que se surta en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia con servicio de envío por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que muestra sus costos para un suministro mensual de un medicamento
--------------------	--

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo del medicamento cubierto será el pago de un copago o coseguro.

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

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *mensual* de un medicamento recetado y cubierto de la Parte D:

	Costo compartido estándar de venta al por menor (dentro de la red) (hasta 30 días de suministro)	Costo compartido de servicio de envío por correo (hasta 30 días de suministro)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta 31 días de suministro)	Costo compartido fuera de la red (la cobertura se limita a ciertos casos; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro)
Nivel				
Costo compartido de Nivel 1 Preferido Medicamentos genéricos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido Medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$3	Copago de \$3	Copago de \$3
Costo compartido de Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$37	Copago de \$37	Copago de \$37
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100
Costo compartido de Nivel 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 28 %	El servicio de envío por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	Coseguro del 28 %	Coseguro del 28 %

Sección 5.3

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, usted o su médico deseen obtener menos del suministro mensual de un medicamento (por ejemplo, cuando lo está tomando por primera vez).

Capítulo 6 Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, una cantidad menor que el suministro mensual completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas para surtir diferentes recetas.

Si recibe un suministro para menos del mes completo de determinados medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se determina en función del costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento también lo será.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que recibe el medicamento, en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga a diario por el medicamento (“precio diario de costo compartido”) y se multiplicará por la cantidad de días que recibe el medicamento.

Sección 5.4	Tabla que muestra sus costos para el suministro a largo plazo de hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	--

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”). Este tipo de suministro proporciona hasta 90 días de suministro.

En la siguiente tabla se muestra lo que usted paga cuando obtiene el suministro a largo plazo de un medicamento.

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado y cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar de venta al por menor (dentro de la red) (hasta 90 días de suministro)	Costo compartido de servicio de envío por correo (hasta 90 días de suministro)
Nivel 1 de costo compartido <i>Medicamentos genéricos preferidos</i>	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido <i>Medicamentos genéricos</i>	Copago de \$9	Copago de \$6

Nivel	Costo compartido estándar de venta al por menor (dentro de la red) (hasta 90 días de suministro)	Costo compartido de servicio de envío por correo (hasta 90 días de suministro)
Nivel 3 de costo compartido <i>Medicamentos de marca preferida</i>	\$111	Copago de \$74
Nivel 4 de costo compartido <i>Medicamentos no preferidos</i>	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel 5 de costo compartido (medicamento especializado)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los \$4,660

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos recetados que ha surtido alcancen el **límite de \$4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a realizar un seguimiento de la cantidad que usted, el plan y cualquier tercero hayan gastado en medicamentos durante el año en su nombre. Muchas personas no alcanzan el límite anual de cobertura inicial de \$4,660.

Le informaremos si alcanza este monto. Si lo hace, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del periodo sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos de la Etapa del periodo sin cobertura

Cuando se encuentra en la Etapa del periodo sin cobertura, el Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare proporciona descuentos de los fabricantes para medicamentos de marca. Usted paga 25 % del precio acordado y una parte de la tarifa de despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el que le descuentan los fabricantes contarán para sus gastos de bolsillo como si usted hubiera pagado por ellos y le permitirán continuar por el periodo sin cobertura.

También recibe cobertura limitada para medicamentos genéricos. Usted no pagará más del 25 % del costo para medicamentos cubiertos y el plan pagará el resto. Solo el monto que usted pague contará y lo ayudará a avanzar en el periodo sin cobertura.

Continuará pagando estos costos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcance este monto de \$7,400, dejará la Etapa del

Capítulo 6 Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

periodo sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura para catástrofes.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* para sus gastos de bolsillo (consulte la Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para catástrofes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Entrará en la Etapa de cobertura para catástrofes cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Cuando se encuentre en esta etapa, permanecerá en esta etapa de pago hasta el fin del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará lo siguiente:

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea el monto *más alto*:
 - *O* un coseguro del 5 % del costo del medicamento
 - *O* \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se considera genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pague depende de cómo y dónde los consiga

Nuestro plan cubre la mayoría de vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente. Nuestro plan proporciona cobertura para una cierta cantidad de vacunas de la Parte D y vacunas cubiertas por los beneficios médicos. **Debido a que la cobertura para vacunas puede ser complicada, le sugerimos que, si tiene alguna inquietud, llame al Servicio de Atención al Cliente antes de recibir cualquier vacuna.**

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D está dividida en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna misma**.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **la aplicación de la vacuna**. (A veces se denomina “administración” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de tres aspectos:

1. **El tipo de la vacuna** (contra qué se está vacunando).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el *Cuadro de beneficios médicos [lo que se cubre y lo que usted paga]* en el Capítulo 4)
 - Otras vacunas se consideran medicamento de la Parte D. En la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan se indican cuáles son estas

vacunas.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna misma la puede despachar un farmacéutico o se la pueden proporcionar en el consultorio médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede hacerlo en el consultorio médico.

Lo que paga al momento en que le administran la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la Etapa del medicamento en la que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar por el costo total de la misma y el del proveedor que se la administra. Puede solicitar que nuestro plan le devuelva parte del costo que nos corresponde.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará por su parte del costo en virtud del beneficio de la Parte D.

A continuación, se muestran tres ejemplos de maneras en las podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Obtiene su vacuna en una farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción dependerá de dónde vive. Algunos estados no permiten que se administren vacunas en las farmacias).

- Usted le pagará a la farmacia por el copago de la vacuna misma, que incluye el costo por administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Obtiene su vacuna de la Parte D en su consultorio médico.

- Cuando reciba una vacuna, tendrá que pagar por el costo total de la misma y el del proveedor que se la administre.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (lo que incluye la administración).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y, luego, la lleva a su consultorio médico, donde se la administrarán.

- Tendrá que pagarle a la farmacia su copago por la vacuna misma.
- Cuando su médico le administre la vacuna, pagará el costo completo por este servicio. Puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que el médico cobró por la administración de

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Algunas veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, puede que necesite pagar el costo completo. Otras veces, puede descubrir que ha pagado más de lo que anticipó según las normas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le reembolsemos (la devolución del dinero a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse siempre que usted haya pagado una cantidad superior a la que le corresponde del costo por medicamentos o servicios médicos que nuestro plan cubre. Es posible que haya fechas límite que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Además, es posible que haya momentos en los que reciba una factura de un proveedor por el costo completo de la atención médica que recibió o quizás por una cantidad de costo compartido superior a la que le corresponde según lo expuesto en el documento. En primer lugar, trate de solucionar el cobro de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios se deberían cubrir. Si decidimos que se deberían cubrir, le pagaremos de manera directa al proveedor. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido asignado por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, aún tiene el derecho a recibir tratamiento.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle a nuestro plan el reembolso o el pago de una factura que ha recibido:

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

Cuando haya recibido atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red, solo será responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo podría ser mayor con un proveedor fuera de la red que con un proveedor de la red). Solicite al proveedor que le facture el plan por nuestra parte del costo.

- Si paga el monto completo por sí mismo cuando recibe la atención, solicítenos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.
- Es posible que el proveedor le envíe una factura en la que se le solicite pagar por algo que no considera que debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de todos los pagos que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe alguna cantidad, se la pagaremos de manera directa.
 - Si ya ha pagado más que el costo del servicio que le corresponde, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Puede obtener atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, este debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. No podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare, excepto si se trata de una atención de emergencia. Si el proveedor no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo completo de los servicios que reciba.

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

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturar de manera directa al plan y solo solicitarle el pago de la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces, ellos cometen errores y le solicitan más que el pago de su parte.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. Nosotros no permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominado “facturación de saldo”. Esta protección (la cual evita que nunca pague más que el monto de su costo compartido) se aplica, incluso si le pagamos al proveedor una cantidad inferior a la que cobra por un servicio, o si hay una disputa y no pagamos por determinados cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considera que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos contactaremos de manera directa con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado a un proveedor de la red una factura, pero considera que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado, y solicítenos el reembolso de la diferencia entre el monto que pagó y la cantidad que debía según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó los gastos de bolsillo de cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso de la parte de los costos que nos corresponde. Necesitará presentar documentación, como recibos y facturas, para que podamos tramitar el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, puede que esta no pueda enviarnos directamente la reclamación. Cuando esto sucede, tendrá que pagar el costo completo de su receta.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que nosotros solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para encontrar un análisis sobre estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo completo de una receta, porque no lleva su tarjeta de miembro del plan consigo

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan consigo, 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 necesitan, es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta por su cuenta.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

6. Cuando paga el costo completo de una receta en otras circunstancias

Puede que pague el costo completo de la receta, debido a que descubre que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o que no considera que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo completo del mismo.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

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

SECCIÓN 2 **Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió**

Puede solicitarnos un reembolso mediante una solicitud por escrito. Si lo hace, envíe su factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado. Se recomienda que haga una copia de su factura y los recibos para futuras consultas. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 36 meses** desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago y, de este modo, asegurarnos de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a agilizar el procesamiento de la información.

Para obtener el formulario, puede descargar una copia de nuestro sitio web (MassGeneralBrighamAdvantage.org) o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono para Servicio de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este folleto). Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos pagados a esta dirección:

Hoja de reclamación de la Parte
D de Medicare: CVS Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Para reclamaciones médicas de la Parte C: envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos pagados a esta dirección:

Mass General Brigham Health Plan
Medicare Advantage
399 Revolution Drive, Suite 850
Somerville, MA 02145

SECCIÓN 3 Tomaremos en cuenta su solicitud para el pago y responderemos de manera afirmativa o negativa

Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos
--------------------	---

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted siguió todas las reglas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya hemos pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos su reembolso de la parte del costo que nos corresponde por correo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos y que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta en la que se explica las razones por las que no enviaremos el pago, así como su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le decimos que no pagaremos por una parte o la totalidad de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación
--------------------	---

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si la presenta, significa que nos está solicitando el cambio de la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos minuciosos y fechas límite importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

*Sus derechos y
responsabilidades*

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de manera adecuada para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en tamaño de letra grande, otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de asegurar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con un dominio limitado del idioma inglés, una capacidad de lectura limitada, problemas de audición o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o télex).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación para responder a las preguntas de miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos brindarle información en braille, en letra de tamaño grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Tenemos la obligación de brindarle la información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le proporcionemos información de manera adecuada para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

Si los proveedores de una especialidad no están disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de dicha especialidad fuera de la red que le proporcionen 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 necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para recibir este servicio con el costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información por parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame y presente una queja formal ante Mass General Brigham Health Plan, Medicare Advantage, 399 Revolution Drive, Suite 850, Somerville, MA 02145, o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 855-833-3668. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga el acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--

Tiene el derecho a escoger un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. También tiene el derecho a acudir a un especialista en la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación, y aun pudiendo pagar el monto de costo compartido dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene el derecho a concertar citas y recibir servicios cubiertos por parte de sus proveedores *en un plazo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. Además, tiene el derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin mucha demora.

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo de tiempo razonables, consulte el Capítulo 9, en el cual se le informa qué hacer.

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye los datos personales que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control sobre la manera en que se usa su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, en el cual se informa acerca de estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si tenemos planeado entregar su información de salud a cualquier persona que no le esté proporcionando atención o que pague por ella, *primero, tenemos la obligación de obtener su permiso por escrito o el de la persona a quien le haya dado poder legal para tomar las decisiones por usted.*
- Hay determinadas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. La ley permite estas excepciones o las exige.
 - Tenemos la obligación de divulgar la información de salud a las agencias del gobierno que se encargan de comprobar la calidad de la atención.
 - Debido a que es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de entregar su información de salud a Medicare, incluida aquella sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, lo hará conforme a las leyes y regulaciones federales. Por lo general, estas exigen que no se comparta la información que lo identifica de manera particular.

Puede ver la información en sus registros y conocer cómo se han compartido con otros

Tiene el derecho a revisar su historia clínica que está en poder del plan y a obtener una copia de estos. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene el derecho a solicitarnos que añadamos o corrijamos información en su historia clínica. Si nos lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deberían

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

realizar.

Tiene el derecho a conocer cómo su información de salud se ha compartido con otros para fines que no sean de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*, tiene el derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente:

Información sobre nuestro plan. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.

Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias. Tiene el derecho a recibir información sobre las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.

Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura. En el Capítulo 3 y 4, se proporciona información con respecto a los servicios médicos. En el Capítulo 5 y 6, se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito del motivo por el que el servicio médico o el medicamento de la Parte D no se cubre o si su cobertura es limitada. En este capítulo también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, conocido como una apelación.

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene el derecho a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le proporcionen la información completa. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de un modo que pueda entender*.

También tiene el derecho a participar por completo en las decisiones sobre su atención médica. Con la finalidad de ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, tiene los siguientes derechos:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si nuestro plan las cubre. También incluye el recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos y usar sus medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos que su atención implica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención o tratamiento médico sugerido es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Tener derecho a decir “no”.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene el derecho a interrumpir la administración de su medicamento. Desde luego, si rechaza un tratamiento o interrumpe la administración del medicamento, usted acepta la responsabilidad completa de lo que le suceda a su organismo como resultado de ello.

Tiene el derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por ellos mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene el derecho a informar sobre lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas en su nombre**, si usted no puede hacerlo por sí mismo.
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que se maneje su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos y denominaciones para las instrucciones anticipadas. Algunos ejemplos son los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder notarial permanente para asuntos médicos**”.

Si desea dar “instrucciones anticipadas”, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Debería considerar recurrir a un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debería brindarle copias del formulario a su médico y a la persona que usted designe como la encargada de tomar las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Puede que desee entregarle copias a sus amigos cercanos y familiares. Conserve una copia en su hogar.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sabe con antelación que será hospitalizado, y ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, **lleve consigo una copia al hospital.**

En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene consigo.

Si no lo ha firmado, en el hospital hay formularios disponibles y se le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno cuando está en el hospital). De conformidad con la ley, nadie puede denegarle atención ni discriminarlo en función de si ha firmado o no el formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen las instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y considera que un médico o el hospital no siguió las instrucciones dadas en este, puede presentar una queja ante la Junta de Registro de Medicina de la Mancomunidad de Massachusetts llamando al 1-781-876-8200 o al número gratuito *en Massachusetts* al 1-800-377-0550.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar una queja y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado
--------------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento para informarse sobre lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar un queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se le trata de forma injusta o que sus derechos no se respetan?
--------------------	--

Si es un asunto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si considera que se ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnicidad, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de un asunto diferente?

Si considera que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado, y no se trata *de* discriminación, puede recibir ayuda con el problema que tenga:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.

Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación titulada “Derechos y protecciones de Medicare” (Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

O 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 Al ser miembro del plan, tiene ciertas responsabilidades

A continuación, se indican las cosas que debe hacer como un miembro del plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios.** Use esta Evidencia de Cobertura para obtener información sobre lo que está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En el Capítulo 3 y 4, se le brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En el Capítulo 5 y 6, se le brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si cuenta con alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe decírnoslo.** En el Capítulo 1, se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Coméntele a su médico y otros proveedores de atención médica que se encuentra inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo, brindándoles información, realizando preguntas y haciendo seguimiento de su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su médico acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de un modo que ayude al funcionamiento eficiente del consultorio médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para continuar siendo un miembro del plan.
 - En el caso de la mayor parte de los medicamentos y servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que le corresponde cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, deberá pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si se le exige que pague un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando dicho monto directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos ser informados,** de este modo, podemos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede continuar siendo un miembro de nuestro plan.**

Si se muda, también es importante que le informe al Seguro Social (a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué puede hacer si tiene un problema o 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 dos tipos de procesos para solucionar problemas o inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Medicare ha aprobado estos dos procesos. Cada uno tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos jurídicos?

Algunas reglas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo incluyen términos jurídicos. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de personas y pueden ser difíciles de entender. Con la finalidad de facilitar su experiencia, en este capítulo:

- Se usan palabras más simples en lugar de determinados términos jurídicos. Por ejemplo, en general este capítulo indica “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se trata de utilizar la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que conozca los términos jurídicos correctos. Conocer qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor exactitud para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. A fin de ayudarlo a conocer qué términos usar, incluimos términos jurídicos cuando brindamos información sobre cómo manejar determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también quiera ayuda u orientación de alguien que no esté conectado a nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta 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 procesos debería usar para solucionar un problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para contactar a 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 ¿Qué proceso debería seguir para solucionar su problema?

Si tiene algún problema o inquietud, solo lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Tiene problemas o inquietudes sobre sus beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, el modo en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Avance hasta la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo realizar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan con problemas asociados a sus beneficios y la cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados, incluido el pago. Este es un proceso que usa para asuntos, tales como, saber si algo se cubre o no y el modo en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios, cobertura o sobre el monto que le pagaremos por sus medicamentos o servicios médicos. Por ejemplo, su médico del plan de la red toma una decisión (favorable) de cobertura para usted cuando le brinda atención médica, o si su médico de la red lo deriva con un médico especialista. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si rechaza brindar atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud para una decisión de cobertura se rechazará, lo que se significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo una solicitud será rechazada incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que su solicitud se retire. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique el motivo del rechazo y cómo solicitar una revisión de este.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cuando decidimos qué cobertura recibe y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento ya no forma parte de su cobertura o ya no está cubierto por Medicare. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un servicio, y no está contento con esta, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es procesada por revisores diferentes a aquellos que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para determinar si seguimos las reglas de manera adecuada. Cuando terminamos la revisión, le damos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud para una apelación de Nivel 1 se rechazará, lo que significa que no revisaremos la solicitud.

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

Algunos ejemplos de cuándo una solicitud será rechazada incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que su solicitud se retire. Si rechazamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explique el motivo del rechazo y cómo solicitar una revisión de este.

Si no rechazamos su caso, pero denegamos una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede presentar una apelación de Nivel 2. La apelación del Nivel 2 la realiza una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y los medicamentos de la Parte B se enviarán de forma automática a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; usted no necesita hacer nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, tendrá que presentar una apelación de Nivel 2. Para mayor información sobre las apelaciones de la Parte D, consulte la Sección 6 de este capítulo). Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar mediante niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentado una apelación
--------------------	--

A continuación, se presentan algunos recursos si desea solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio de Atención al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación superior a la del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente 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 [los planes también pueden indicar: o en nuestro sitio web en *[añadir sitio web o enlace a formulario]*]).
 - En el caso de la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se enviará de forma automática al Nivel 2.
 - En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico que prescribe la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 se rechaza, su médico o un médico que prescribe la receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” con la finalidad de que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite un formulario de “Nombramiento de

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

representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [los planes también pueden indicar: o en nuestro sitio web en [añadir sitio web o enlace a formulario]]). El formulario le proporciona a esa persona el permiso para actuar en su nombre. Usted y la persona que le gustaría que actúe en su nombre deben firmarlo. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud se rechazará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que le brindarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

Hay cuatro situaciones diferentes que implican las decisiones de cobertura y las apelaciones. Debido a que cada situación cuenta con reglas y fechas límite diferentes, proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si considera que el médico le está dando de alta muy pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará demasiado pronto” (*aplica solo a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*)

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

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

Sección 5.1	En esta sección se explica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	--

Esta sección abarca sus beneficios para la atención y los servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento. *Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)*. Por lo general, en términos sencillos, nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, lo cual incluye tanto artículos y servicios médicos como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección se indica qué hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que el plan debería cubrir, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Realizar una apelación. Sección 5.3**
4. Ha recibido y pagado la atención médica que considera que el plan debería cubrir, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse lo que pagó por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informó que la cobertura para determinada atención médica que ha estado recibiendo, ya que se había aprobado previamente, se reducirá o se suspenderá, y considera que la reducción o suspensión de esta podría afectar su salud. **Realizar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para la atención hospitalaria, la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

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

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

Términos jurídicos

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se llama una “**determinación de organización**”.

Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una “**determinación acelerada**”.

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

Una “decisión estándar de cobertura” se suele realizar en 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una “decisión rápida de cobertura” se realiza dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar cobertura para atención médica que aún no recibe.*
- Puede recibir una decisión de cobertura de forma rápida *solo* si respetar la fecha límite estándar *podiese causarle daño grave a su salud o a su capacidad funcional.*
- **Si su médico le informa que, debido a su salud se requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos de manera automática a brindarle este tipo de decisión.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por sí mismo y sin la ayuda de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida de cobertura.** En el caso de que no aprobemos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se incluirá lo siguiente:
 - Explicación de que usaremos las fechas límite estándares.
 - Explicación de que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, nosotros se la brindaremos de manera automática.
 - Explicación de que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra resolución de brindarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida que solicitó.

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

Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para que nos solicite autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.

Paso 3: Tomamos en cuenta su solicitud de cobertura para atención médica y le damos una respuesta.

En el caso de las decisiones estándares de cobertura, usamos las fechas límite estándares. Esto significa que le brindaremos una respuesta en 14 días calendario después de haber recibido su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de

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

72 horas a partir de la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días adicionales**, si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tardamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tardarnos más días, puede presentar una “queja rápida”. Le brindaremos una respuesta con respecto a su queja tan pronto como tomemos una decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para encontrar información sobre quejas).

En el caso de las decisiones rápidas de cobertura, usamos un periodo de tiempo acelerado. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de 72 horas, si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o nosotros necesitamos más tiempo que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días adicionales**. Si nos tardamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tardarnos más días, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para acceder a información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos una decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué la rechazamos.

Paso 4: Si negamos su solicitud para la cobertura de atención médica, puede apelar.

Si le decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa que solicita de nuevo recibir la cobertura de atención médica que desea. Si realiza una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos jurídicos

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **“reconsideración” del plan**.

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”**.

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

Por lo general, una “apelación estándar” se realiza en 30 días. Una “apelación rápida” se suele realizar en 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura para una atención que

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

aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesitan una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que, debido a su salud, se requiere una “apelación rápida”, se la brindaremos.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para una “decisión rápida de cobertura” de la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación estándar o rápida

- **Si está solicitando una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite, pero tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la tardanza cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que impidió que se pudiese en contacto con nosotros, o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Podemos cobrar una tarifa por copiar esta información y enviársela.

Paso 3: Tomamos en cuenta su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, examinamos de manera minuciosa toda la información. Verificamos si hemos seguido todas las normas al negar una solicitud.
- Reuniremos más información, si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o su médico.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas después de recibir su apelación.** Le brindaremos nuestra respuesta en un plazo más corto si así lo requiere debido a su salud.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tardamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del periodo de tiempo extendido, si nos tomamos días extras), se nos exige que de manera automática enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de

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

apelaciones, donde una organización de revisión independiente la analizará. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos de manera automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando revise su apelación.

Fechas límite para una apelación “estándar”

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión en un plazo más pronto si así lo requiere debido a su afección de salud.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tardamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tardarnos más días, puede presentar una “queja rápida”. Al presentar una queja rápida, brindaremos una respuesta para esta dentro de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para acceder a información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del periodo de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente analizará su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de 30 días calendario, en caso de que su solicitud sea para un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario**, en caso de que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si nuestro plan deniega una parte o todo lo que apeló, enviaremos su apelación de manera automática a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Términos jurídicos

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).
--

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

La **organización de revisión independiente es una organización autónoma contratada por Medicare**. No está vinculada a nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente analiza su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “documentación”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su documentación**. Podemos cobrarle una tarifa por copiar esta información y enviársela.
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán de manera minuciosa toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- En el caso de la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de 72 horas desde que la recibieron.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- En el caso de la “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** desde que la recibió. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte D, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** desde que la recibieron.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de esta.

- **Si la organización acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándares.

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

En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar este medicamento dentro de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización.
- **Si esta organización deniega una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros con respecto a que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debería aprobar. (Esto se denomina “ratificación de la decisión” o “rechazo de su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - En la que se explique su decisión.
 - Donde se le notifique de su derecho de apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un monto mínimo determinado. El aviso por escrito que obtiene de la organización de revisión independiente le informará sobre el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Que le informe sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo se explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5

¿Qué sucede si nos solicita pagar la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica?

En el Capítulo 7 se describe cuándo puede solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También le informa sobre cómo enviarnos la documentación en la que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso significa que solicita una decisión de cobertura de nuestra

Si nos envía la documentación en la cual solicita el reembolso, nos está pidiendo una decisión de cobertura. Para realizar esta decisión, verificaremos si la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago que nos corresponde de los costos dentro de 60 días

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

calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si denegamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. Por el contrario, le enviaremos una carta en la que se informe que no pagaremos por los servicios y los motivos de ello.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos está solicitando que le reembolsemos por la atención médica que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos realizar el pago, tenemos que enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación

Sección 6.1	En esta sección, se le informa sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que se cubra, su medicamento se debe usar para una indicación medicamento aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada). Consulte los Capítulos 5 y 6 para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Por lo general, a modo de simplificación, mencionamos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todas la veces. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- En caso de que no sepa si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. En el caso de algunos medicamentos, es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir según las indicaciones, esta le dará un aviso por escrito en el que se explique cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

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

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos jurídicos

La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación de cobertura”**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios, cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se indica qué hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitud de cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitud de exención de una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamentos que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitud para pagar un monto menor de costo compartido para un medicamento cubierto de un nivel superior de costo compartido. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitud de obtención de una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pago de un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que tomamos, puede realizar una apelación.

En esta sección se le informa sobre cómo solicitar las decisiones de cobertura y apelaciones.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos jurídicos

En ocasiones, la solicitud de cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina solicitud de una **“excepción de formulario”**.

En ocasiones, la solicitud para la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina solicitud de una **“excepción de formulario”**.

En ocasiones, la solicitud para pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido se denomina solicitud de una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en la que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Esto es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro médico que prescribe la receta tendrá que explicar los motivos médicos por los que necesita la aprobación de la excepción. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro médico que prescribe la receta puede solicitarnos que hagamos:

1. Cobertura para usted de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista

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

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 de *Nivel 4* para medicamentos de marca o genéricos. No puede solicitar una excepción para el importe del costo compartido que le pedimos que pague por el medicamento.

- 2. Eliminación de una excepción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos realizar la excepción y eximir una restricción para usted, puede solicitarnos una excepción del monto de copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambio en la cobertura de un medicamento a un nivel inferior de costo compartido.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número de nivel de costo compartido, menos pagará por el costo que le corresponde del medicamento.
 - Si nuestra lista contiene 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 con el importe de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos con un costo compartido inferior. Este sería el nivel más bajo que contiene productos biológicos. Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que lo cubramos con el importe de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que incluya las alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es genérico, puede solicitarnos que lo cubramos con el importe de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que incluya las alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
 - No puede solicitarnos el cambio del nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (de especialidad).
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que puede tomar, por lo general, pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante que debe conocer sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro médico que prescribe la receta debe brindarnos una declaración en la que se explica los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión rápida, incluya esta información de su médico o médico que prescribe la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es igual de efectivo que el medicamento que está solicitando y no provoca más efectos secundarios u otros problemas de salud, normalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* la aprobaremos, excepto en caso de que todos los medicamentos alternativos en los niveles de

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

costo compartido inferiores no funcionen tan bien para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aprobar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, esta es válida, por lo general, hasta el final del año del plan. Esto se aplica siempre que su médico le continúe recetando el medicamento, y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si denegamos su solicitud, puede pedirnos que realicemos otra revisión al presentar una apelación.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Términos jurídicos

Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una “ determinación acelerada de cobertura ”.
--

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

Las “**decisiones estándares de cobertura**” se realizan dentro de **72 horas** después de recibir su certificado médico. Las “**decisiones rápidas de cobertura**” se realizan dentro de **24 horas** después de recibir su certificado médico.

Solicite que le brindemos una “decisión rápida de cobertura” si la necesita debido a su salud. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

Debe solicitar *un medicamento que aún no recibe*. (No puede pedir una decisión rápida de cobertura para la devolución del dinero de un medicamento que ya compró).

Seguir las fechas límite estándares podría afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de funcionamiento.

Si su médico u otro médico que prescribe la receta le informa que, debido a su salud se requiere una “decisión rápida de cobertura”, le brindaremos de manera automática este tipo de decisión.

Si solicita una decisión rápida de cobertura por sí mismo y sin la ayuda de su médico o médico que prescribe la receta, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida de cobertura. En el caso de que no aprobemos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se incluirá lo siguiente:

- Explicación de que usaremos las fechas límite estándares.
- Explicación de que si su médico u otro médico que prescribe la receta solicita una decisión rápida de cobertura, nosotros se la brindaremos de manera automática.
- Indicación sobre cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra resolución de brindarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida que solicitó. Responderemos a su queja dentro de 24 horas desde la recepción.

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

Paso 2: Solicitud de una “decisión estándar de cobertura” o una “decisión rápida de cobertura”.

Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para que nos solicite autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas aquellas presentadas en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto. Con el fin de ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apealando.

Usted, su médico (u otro médico que prescribe la receta) o su representante puede realizar esta acción. También puede contar con un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede dar su permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”,** la cual brinda los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro médico que prescribe la receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. En caso contrario, su médico u otro médico que prescribe la receta puede informarnos por teléfono y, posteriormente, enviarnos mediante fax o correo una declaración por escrito, si fuera necesaria.

Paso 3: Tomamos en cuenta su solicitud y le brindamos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión rápida de cobertura”

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le brindaremos nuestra respuesta en un plazo más corto si así lo requiere debido a su salud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la analizará.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que aún no recibe.

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le brindaremos nuestra respuesta en un plazo más corto si así lo requiere debido a su salud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al

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

Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la analizará.

- Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre el pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la analizará.
- Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó, también estamos obligados a pagarle dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si negamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si le decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa que solicita de nuevo recibir la cobertura de un medicamento que desea. Si realiza una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos jurídicos

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina **“redeterminación” del plan**.

Una “apelación rápida” también se conoce como **“redeterminación acelerada”**.

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

Por lo general, una “apelación estándar” se realiza en 7 días. Una “apelación rápida” se suele realizar en 72 horas. Solicite una “apelación rápida” si, debido a su salud, la necesita.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibe, usted y su médico, u otro médico que prescribe la receta, deberán decidir si necesitan una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para una “decisión rápida de cobertura” de la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro médico que prescribe la receta deben contactarnos y presentar su apelación de Nivel 1. Si debido a su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

- **En el caso de las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, puede presentarlas por escrito o llamarnos al 855-833-3668.**
En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas aquellas presentadas en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con su reclamación con la finalidad de ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite, pero tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la tardanza cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que impidió que se pusiese en contacto con nosotros, o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedirnos una copia de la información en su apelación, así como agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Podemos cobrar una tarifa por copiar esta información y enviársela.

Paso 3: Tomamos en cuenta su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando estamos revisando su apelación, volvemos a examinar de manera minuciosa toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si hemos seguido todas las normas al negar una solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted, su médico u otro médico que prescribe la receta para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas después de recibir su apelación.** Le brindaremos nuestra respuesta en un plazo más corto si así lo requiere debido a su salud.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la analizará. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué la

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

rechazamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación “estándar” por un medicamento que aún no recibe

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión en un plazo más corto si aún no ha recibido el medicamento y si se requiere que lo hagamos por su estado de salud.
 - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la analizará. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué la rechazamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” sobre el pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la analizará.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o todo lo que solicitó**, también estamos obligados a pagarle dentro de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide realizar otra apelación, significa que esta pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos jurídicos

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se denomina “**IRE**” (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente** es una **organización autónoma contratada por Medicare**. No está vinculada a nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización

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

decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (su representante, médico u otro médico que prescribe la receta) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si denegamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **las instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán cómo presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del periodo de tiempo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación “en riesgo” de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos su reclamación de manera automática a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “documentación”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su documentación.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar esta información y enviársela.
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente analiza su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán de manera minuciosa toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación “rápida”

- Solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida” si, debido a su salud, la requiere.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, esta debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de que recibe su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación “estándar”

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de su recepción, si es para un medicamento que aún no recibe. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o todo lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura del medicamento que se aprobó **dentro de 24 horas** después de que recibamos la decisión por parte de la organización.

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

Para “apelaciones estándares”:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que se aprobó dentro de 72 horas después de que recibamos la decisión por parte de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud para reembolsarle por un medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago dentro de 30 días calendario después de que recibamos la decisión por parte de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina “ratificación de la decisión”, o también se conoce como “rechazo de su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- En la que se explique su decisión.
- Donde se le notifique de su derecho de apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando alcanza un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- En la que se le indique el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 7 **Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta muy pronto**

Cuando se le admite en un hospital, tiene el derecho de obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con

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

usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. Le ayudarán a organizar la atención que puede necesitar después de ser dado de alta.

- El día en que deja el hospital se denomina “**fecha de dada de alta**”.
- Cuando se decide su fecha de dada de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que se le está pidiendo que deje el hospital muy pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada. Su solicitud se tomará en cuenta.

Sección 7.1	Durante su hospitalización, Medicare le enviará un aviso por escrito en el que se informa sobre sus derechos
--------------------	---

En los dos días siguientes a su admisión hospitalaria, recibirá un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tengan Medicare reciben una copia de este aviso. Si no lo obtiene de una personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un miembro del personal de enfermería), solicítelo a un personal del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso de manera minuciosa y realice preguntas si no lo entiende. En este se le informa sobre lo siguiente:

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía hospitalaria y después de esta, según lo que ordenó su médico. Esto incluye el derecho de saber cuáles son dichos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho de estar involucrado en todas las decisiones sobre su estancia hospitalaria.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho de **solicitar una revisión inmediata** de la decisión para darle de alta si considera que es demasiado pronto para hacerlo. Esta es un manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de dada de alta, por lo que cubriremos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y comprendió sus derechos.

- Se le pedirá a usted o una persona que actúa en su nombre que firme el aviso.
- La firma en el aviso *solo* muestra que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso, no se indica su fecha de dada de alta. La firma en el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de dada de alta.

3. Mantenga su copia del aviso a la mano, de modo que tendrá la información sobre la presentación de una apelación (o sobre cómo informar de una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de dada de alta, recibirá otra copia antes de que le den de alta.
- Si desea revisar una copia de este aviso con antelación, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los

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

7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios de salud para pacientes hospitalizados durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de que comience, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las *fechas límite*.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización gubernamental que proporciona ayuda personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta comprueba si su fecha de alta es médicamente adecuada para usted.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que el gobierno federal contrata para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta hospitalaria para las personas que cuentan con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicíteles una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- En el aviso por escrito que recibe (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*), se le informa sobre cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de 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 de Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **como máximo hasta la medianoche del día en que le dieron de alta.**
 - **Si cumple con esta fecha límite**, puede permanecer en el hospital después de *su fecha de dada de alta*, sin tener que pagar por ello, *mientras espera para recibir la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.*
 - **Si no cumple con esta fecha límite** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de dada de alta prevista, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de dada de alta prevista.
- Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, en su lugar, debe presentar una apelación de manera directa a nuestro plan. Para encontrar más detalles sobre este otro modo de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Cuando solicite una revisión inmediata de su dada de alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al día siguiente de que fuimos contactados, antes del mediodía, le daremos un “**Aviso de alta detallado**”. En este aviso, se le brinda la fecha de dada de alta prevista y se le explica en detalle los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (medicamente apropiado) para usted ser dado de alta en esa fecha.

Deberá optar por proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Para hacerlo, llame al Servicio de Atención al Cliente 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. O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán por qué considera que la cobertura para los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán si información médica, hablarán con su médico y analizarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Al día siguiente de que los revisores nos informen sobre su apelación, antes del mediodía, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le brindará la fecha de dada de alta prevista. En este aviso, también se le explica en detalle los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (medicamente apropiado) para usted ser dado de alta en esa fecha.

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

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar proporcionándole los servicios de salud cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si los hubiera). Además, es posible que se apliquen limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, quiere decir que la fecha de dada de alta prevista es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para los servicios de salud para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *siguiente* en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y decide permanecer en el hospital, entonces, **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibe posterior al mediodía del día siguiente de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad *deniega* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de dada de alta prevista, entonces, puede presentar otra apelación. La presentación de otra apelación significa que pasará 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 hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que reconsidere su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo completo por su estadía después de su fecha de dada de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *deniegue* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que su cobertura para la atención terminó.

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

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad examinarán nuevamente de manera minuciosa toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán el resultado.

Si la organización de revisión brinda una respuesta afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización de Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención de salud para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos. Además, es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la organización de revisión brinda una respuesta negativa:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso por escrito, se le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea avanzar con su apelación al pasar al Nivel 3.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Términos jurídicos

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “ apelación acelerada ”.
--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 de alta hospitalaria. Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, existe otra manera de presentar su apelación.

Cuando usa esta otra manera, *los primeros dos niveles de la apelación son diferentes.*

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

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto implica que nos solicita que le brindemos una respuesta durante fechas límite “rápidas” en lugar de “estándares”. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.

Paso 2: Nosotros realizamos una revisión “rápida” de su fecha de dada de alta prevista para verificar si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estancia hospitalaria. Comprobamos si su fecha de dada de alta prevista era médicamente adecuada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y si siguió todas la reglas.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de dada de alta. Continuaremos proporcionando sus servicios cubiertos de salud para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Esto también significa que hemos acordado reembolsarle la parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos. Además, es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si denegamos su apelación,** nos referimos a que su fecha de dada de alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios de salud para pacientes hospitalizados termina el día en que dijimos que lo haría.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de dada de alta prevista, entonces, **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha.

Paso 4: Si denegamos su apelación, su caso se enviará de manera automática al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alterno* de Nivel 2

Términos jurídicos

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se denomina “**IRE**” (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización autónoma contratada por Medicare. No está vinculada a nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Enviaremos su de manera automática a la organización de revisión independiente.

- Se nos exige que enviemos la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de 24 horas a partir del momento en que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con este u otras fechas límite, puede realizar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se le informa sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán de manera minuciosa toda la información relacionada con su apelación de alta hospitalaria.
- **Si la organización *aprueba* su apelación, entonces,** entonces, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de dada de alta prevista. También debemos continuar brindando la cobertura del plan para sus servicios de salud para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea medicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar el monto del reembolso o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si la organización *deniega* su apelación,** esto significa que están de acuerdo en que la fecha de dada de alta prevista era medicamente apropiada.
 - En el aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente, se le informará sobre cómo comenzar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, el cual es llevado a cabo por un juez de derecho administrativo o un abogado litigador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si la acepta o pasa a la apelación de Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

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

SECCIÓN 8 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura termina muy pronto**

Sección 8.1 ***Esta sección solo aborda tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)***

Cuando obtiene **servicios médicos domiciliarios, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene el derecho de continuar recibiendo los servicios cubiertos para este tipo de atención durante el tiempo que la necesite para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es tiempo de interrumpir la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de atención para usted, se nos exige que le informemos con anticipación. Cuando su cobertura para esa atención termina, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos para su atención.*

Si considera que estamos terminado la cobertura de su atención muy pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se le informa sobre cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 **Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura**

Términos jurídicos

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le informa sobre cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”**. La solicitud de una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. En el aviso, se le informa lo siguiente:
 - La fecha de cuándo dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación acelerada” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por un periodo de tiempo más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a una persona que actúa en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió**. La firma en el aviso *solo* muestra que recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. **La firma no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir su atención.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un periodo de tiempo más prolongado**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de que comience, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización gubernamental que proporciona ayuda personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta decide si la fecha de finalización de su atención es medicamente apropiada.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que el gobierno federal contrata para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de la personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es tiempo de finalizar la cobertura de determinados tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa sobre cómo contactar a la organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe ponerse en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que se indica en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización.

- Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, en su lugar, debe presentar una apelación de manera directa ante nosotros. Para encontrar más detalles sobre este otro modo de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.****Términos jurídicos**

“**Explicación detallada de la no cobertura**”. Un aviso que proporciona detalles sobre los motivos por los que su cobertura finaliza.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura para los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que nosotros le hayamos proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de no cobertura**, en la que se explica a detalle nuestros motivos para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que reciban toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.***¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?***

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si los hubiera). Es posible que se apliquen limitaciones a sus servicios cubiertos.

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

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores la *rechazan*, su **cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.**
- Si decide seguir obteniendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo completo** de esta atención por sí mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar obteniendo atención después de que su cobertura para la atención finalice, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un periodo de tiempo más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo completo de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *deniegue* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura para la atención terminó.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad examinarán nuevamente de manera minuciosa toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán el resultado.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar proporcionándole cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

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

- Debe continuar pagando su parte de los costos. Además, es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso por escrito, se le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le proporcionará los detalles sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, el cual está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado litigador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea avanzar con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales de apelación, lo cual da un total de cinco niveles. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido y ponerse en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (en un plazo de uno a dos días como máximo). Si deja pasar la fecha límite para contactar a esta organización, existe otra manera de presentar su apelación. Cuando usa esta otra manera, *los primeros dos niveles de la apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Términos jurídicos

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “apelación acelerada” .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le brindemos una respuesta según las fechas límite “rápidas” en lugar de las “estándares”. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.

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

Paso 2: Nosotros realizamos una apelación “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo termina la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a examinar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las reglas al momento de determinar la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante un tiempo más prolongado y se le seguirán proporcionando los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Esto también significa que hemos acordado reembolsarle la parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos. Además, es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó obteniendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará de manera automática al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos jurídicos

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se denomina “**IRE**” (Independent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelación *alterno* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos se debería cambiar o no. **La organización de revisión independiente es una organización autónoma contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada a nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Es una compañía que Medicare escoge para encargarse de la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Nosotros enviamos su caso de manera automática a la organización de revisión independiente.

- Se nos exige que enviemos la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de 24 horas a partir del momento en que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con este u otras fechas límite, puede realizar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se le informa sobre cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán de manera minuciosa toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la organización *acepta* su apelación**, entonces, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha que dijimos que su cobertura terminaría. También debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar la cantidad del reembolso o la duración de la cobertura de los servicios.
- **Si la organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó con respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
- En el aviso que recibe de la organización de revisión independiente, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar en una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar o no con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales de apelación, lo cual da un total de cinco niveles. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigador se encarga de la revisión de una apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar en los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede continuar con la apelación. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de la apelación funcionan de forma muy parecida. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una**

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado litigador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o abogado litigador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos de respaldo. Es posible que esperemos a la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado litigador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar en el siguiente nivel del proceso de apelación. El aviso que recibe le informará qué hacer para comenzar 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

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si debemos apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa, o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar en el siguiente nivel del proceso de apelación. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas le permiten continuar en una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que apeló cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda continuar en los niveles de apelación adicionales. Si el monto en dólares es menor, no puede continuar con la apelación. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de la apelación funcionan de forma muy parecida. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento**, que el juez de derecho administrativo o abogado litigador aprobó, **dentro de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago como máximo 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar en el siguiente nivel del proceso de apelación. El aviso que recibe le informará qué hacer para comenzar 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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento**, que el Consejo aprobó, **dentro de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago como máximo 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso habrá terminado.

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

- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar en el siguiente nivel del proceso de apelación. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indica a quién contactar y qué hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

CÓMO REALIZAR QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo realizar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes**

Sección 10.1 **¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de quejas?**

El proceso de quejas *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se presentan algunos ejemplos de los tipos de problemas que el proceso de quejas trata.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicios de atención al cliente deficientes u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿No está contento con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Considera que se le está alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para concertar una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O el Servicio de Atención al Cliente u otros miembros del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado por teléfono, en la sala de espera o la consultoría, o para obtener una receta.

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

Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿La información por escrito que proporcionamos es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la rapidez adecuada, puede realizar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicita una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y la hemos rechazado; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para la cobertura o el reembolso de ciertos medicamentos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite requeridos para el envío de su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 **Cómo presentar una queja**

Términos jurídicos

- Una “**queja**” también se denomina una “**queja formal**”.
- “**Presentar una queja**” también se denomina “**presentar una queja formal**”.
- “**Usar el proceso de quejas**” también se denomina “**usar el proceso para presentar una queja formal**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina una “**queja formal 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, llamar al Servicio de Atención al Cliente es el primer paso.** Si hay alguna otra cosa que necesite hacer, el Servicio de Atención al Cliente le informará.
- **Si no desea realizar la llamada (o llamó, pero no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos también por escrito.
- Presente su queja por escrito en la siguiente dirección:

Mass General Brigham Health Plan
399 Revolution Drive Suite 850
Somerville, MA 02145

o puede enviarnos su queja por fax al 617-526-1980 o por correo electrónico a AppealsGrievance@AllWaysHealth.org.

- En el caso de las quejas formales estándares, le responderemos dentro de 30 días calendario desde la recepción de su queja por escrito. En el caso de las quejas formales aceleradas, debemos tomar una decisión y notificarle dentro de 24 horas (consulte la “queja rápida” a continuación).
 - Si está realizando una queja porque le denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, le daremos de manera automática una “queja rápida”. Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar una queja.

Paso 2: Nosotros revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es para su bien, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales (44 días en total) en responder su queja. Si decidimos tomar más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si está realizando una queja porque le denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, le daremos de manera automática una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- **Si rechazamos** una parte o la totalidad de su queja, o no nos hacemos cargo del problema por el que está presentado la queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar una queja de manera directa a la Organización de Mejoramiento de la Calidad.**
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica que el gobierno federal contrata para que verifiquen y ayuden a mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización de Mejoramiento de la Calidad al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelar su membresía del plan

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La culminación de su membresía en *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo cancelar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige cancelar su membresía. En la Sección 5, se le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, este debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando el costo compartido que le corresponde hasta que su membresía finalice.

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

Sección 2. Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Periodo de inscripción anual** (también conocido como “Periodo de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida su cobertura para el siguiente año.

- **El Periodo de inscripción anual** tiene lugar desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar un cambio en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya elegido no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y no cuenta con una cobertura acreditable para medicamentos recetados por más de 63 días seguidos, puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando su nueva cobertura del plan comience el 1.º de enero.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía del plan**Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** tiene lugar desde el 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este periodo, también puede unirse a un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o cuando recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados 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, puede cancelar su membresía durante el Periodo especial de inscripción

En determinadas situaciones, los miembros de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **Periodo especial de inscripción**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Periodo especial de inscripción si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para ver una lista completa, puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar su sitio web (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se muda.
- / Si tiene MassHealth.
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos el contrato que tenemos con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención de larga duración (long-term care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes.

En la Sección 10 del Capítulo 5, se le brinda más información sobre los programas de

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía del plan

administración de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían en función de su situación.

Si desea averiguar si es elegible para un Periodo especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud y de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

O

- *U* Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y no cuenta con una cobertura acreditable para medicamentos recetados por más de 63 días seguidos, puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Por lo general, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Si recibe “Ayuda adicional” por parte de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare le inscriba en este plan, salvo que haya elegido no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede cancelar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede encontrar esta información en el manual *Medicare y usted 2023*.
- Póngase en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo se cancela su membresía en nuestro plan?

En la siguiente tabla se explica cómo debería cancelar su membresía en nuestro plan.

Si le gustaría cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
Otro plan médico de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. Se cancelará su inscripción en <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i> de manera automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se cancelará su inscripción en <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i> de manera automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo. También puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se cancelará su inscripción en <i>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</i> cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Debe continuar obteniendo sus medicamentos y servicios médicos a través de nuestro plan hasta que su membresía finalice

Hasta que su membresía finalice, y su nueva cobertura de Medicare comience, debe continuar obteniendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan.

- Continúe usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica
- Continúe usando las farmacias de nuestra red o el *servicio de envío por correo* para surtir sus recetas.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía del plan

- Si se encuentra hospitalizado el día en que su membresía termina, nuestro plan cubrirá su estancia hospitalaria hasta que sea dado de alta (incluso si es dado de alta después de que su nueva cobertura de salud comience).

SECCIÓN 5 *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)* debe cancelar su membresía en el plan si alguna de las siguientes situaciones ocurre:**

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra lejos de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o se reserva información sobre algún otro seguro que tenga y que le proporcione cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta adrede cuando se está inscribiendo en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que, primero, obtengamos el permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de forma inapropiada y nos dificulta la prestación de la atención médica para usted y otros miembros del plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que, primero, obtengamos el permiso de Medicare).
- Si deja que alguien más use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que, primero, obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía debido a esto, es posible que Medicare solicite al Inspector General que investigue su caso.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía del plan**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre en qué casos podemos cancelar su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud
--------------------	--

Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene el derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid crearon en virtud de la Ley de Seguro Social o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes estatales de donde vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nosotros no discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, que incluyen 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, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre un trato discriminatorio o injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. 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 sufre una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la obligación de realizar el cobro por los servicios cubiertos de Medicare, en los que este no es el pagador principal. Según las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas que se establecen en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto permitido: este es el monto máximo para basar el pago de sus servicios de atención médica cubiertos. También se puede denominar “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada”. Es el monto en dólares que se asigna para un procedimiento, servicio o suministro en función de varios mecanismos de fijación de precio.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera de manera exclusiva con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

Periodo de inscripción anual: periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de salud o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de interrumpir la cobertura de los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o el hospital) le factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitida por el plan. Como miembro de *Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)*, usted solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores “facturen los saldos” o, por el contrario, le cobren más que el monto de costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Periodo de Beneficio: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios del centro especializado de enfermería (SNF). Se inicia un periodo de beneficio el día en que usted ingresa en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio culmina cuando no ha recibido ningún cuidado especializado en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada una vez finalizado un periodo de beneficio, comienza un nuevo periodo de beneficio. No hay límite con respecto al número de periodos de beneficio.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que la compañía farmacéutica que, al principio, investigó y desarrolló dicho medicamento, ahora la fabrica y la vende. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Etapas de Cobertura para Catástrofes: la etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D en la que usted realiza un copago o paga un coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de cuidados crónicos especiales: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales que padecen afecciones crónicas específicas graves o

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

incapacitantes que se definen en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener características específicas que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage para recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coseguro: monto que puede ser que pague, representado en porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como parte del costo que le corresponde de los servicios o de los medicamentos recetados después de pagar los posibles deducibles.

Monto del gasto máximo de bolsillo combinado: es lo 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).

Queja: el nombre formal de "presentar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso de queja *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención que recibe. También incluye aquellas realizadas si su plan no cumple con los plazos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro que, principalmente, brinda servicios de rehabilitación luego una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de logopedia, así como servicios de evaluación del entorno domiciliario.

Copago: monto que puede tener que pagar como parte del costo que le corresponde de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. El copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido consiste en los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos:

(1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, en su caso, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y ahí le indican que su receta no está cubierta por su plan, esa no es 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.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que nuestro plan cubre.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos: término que utilizamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios y suministros sanitarios cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: una cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a futuro.

Cuidado de compañía: es la atención personal que se proporciona en un asilo de ancianos, residencia para enfermos terminales u otros establecimientos cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada. El cuidado de compañía, el cual lo proporcionan personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye la ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, subir o bajarse de la cama, sentarse o levantarse de la silla, moverse y usar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención sanitaria que la mayoría de las personas usan por ellas mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de compañía.

Precio diario de costo compartido: se puede aplicar un “precio diario de costo compartido” cuando su médico le receta menos del suministro mensual completo de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. Un precio diario de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual.

A continuación, se presenta un ejemplo: Si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de \$30 y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tasa diaria de costos compartidos" es de \$1 al día.

Deducible: monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan se haga cargo del pago.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo al surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos que su médico ordene por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario.

Emergencia: se considera emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

cualificado para prestar servicios de urgencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de urgencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que reciba otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Ayuda adicional: programa de Medicare o del estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que uno de marca y suele costar menos.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. No incluye conflictos sobre la cobertura o el pago.

Auxiliar sanitario a domicilio: persona que presta servicios que no requieren las competencias de un enfermero o terapeuta titulado, como ayuda con los cuidados personales (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio: un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si selecciona un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo un miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria: estancia hospitalaria en la que ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, aún puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, tal y como figuran en su declaración de la renta de hace 2 años, superan un determinado monto, pagará el importe de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se incorpora a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite inicial de cobertura: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Etapa de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus "costos totales de medicamentos, que incluyen los montos que usted ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre" durante el año hayan alcanzado los \$4,660.

Periodo de inscripción inicial: es el periodo en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Si reúne los requisitos para Medicare cuando cumpla los 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple los 65 años, incluye el mes en el que cumple los 65 años y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple los 65 años.

Monto del gasto máximo de bolsillo dentro de la red: lo máximo que pagará por los servicios de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores de la red (preferidos). Luego de que se alcance este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba los servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año contractual. Sin embargo, hasta que no alcance su monto combinado de gastos de bolsillo, deberá seguir pagando su parte de los costos cuando solicite asistencia a un proveedor fuera de la red (no preferido).

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de los medicamentos que el plan cubre.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los gastos médicos están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación mediamente aceptada: se refiere al uso de un medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado o que ciertos libros de consulta respaldan.

Medicamento necesario: los servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas que tienen 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: periodo entre el 1.º de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este periodo, también puede unirse a un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese tiempo. El Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan pago por servicio privado (PFFS) o iv) un plan de cuenta de

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de escoger entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP). En la mayoría de casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos cubiertos). Estos planes también se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare: un programa que proporciona descuentos para la mayoría de medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa del periodo sin cobertura y que todavía no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinadas compañías farmacéuticas.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los oftalmológicos, odontológicos o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Health: un plan Medicare Health es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costos, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que las Partes A y B no cubren.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que una aseguradora privada vende para cubrir los “periodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es lo mismo que una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio de Atención al Cliente: un departamento de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios sanitarios. Los “**proveedores de la red**” tiene un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se conocen como “proveedores del plan”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Determinación de la organización: decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por ellos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare "Pago por Servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted es responsable del pago del deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga el suyo. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que consigue en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados. No son propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gasto “de bolsillo” del miembro.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Determinadas categorías de medicamentos de la Parte D deben ser cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como una cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para unirse al plan de la Parte D.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si reciben de proveedores dentro o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido del miembro será mayor cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo para los servicios que se reciben de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para el total de gastos de bolsillo combinados por servicios de proveedores dentro

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

(preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En varios planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de red de PPO, algunos servicios médicos dentro de la red solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, le recomendamos que consulte con el plan para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su costo compartido. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa se indican en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales, y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo que incluyen los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica que el gobierno federal contrata para que verifiquen y ayuden a mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para restringir el uso de medicamentos exclusivos por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamentos que cubrimos por receta o por un periodo de tiempo definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen la fisioterapia, la terapia del habla y del lenguaje, y la terapia ocupacional.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe residir para inscribirse a un determinado plan de salud. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también suelen ser el área donde puede recibir servicios de rutina (no urgentes). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de forma permanente.

Atención en centro de enfermería especializada (SNF): atención especializada de enfermería y servicios de rehabilitación prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen la fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solo un profesional en enfermería certificado o un médico puede administrar.

Periodo de inscripción especial: periodo establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede acogerse a un Periodo especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en una residencia de ancianos o que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que le exige que primero use otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico recetó al inicio.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y ser medicamente necesarios.

Servicio de Atención al Cliente de Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)

Método	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
LLAME AL	<p><i>1-855-833-3668</i></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>El Servicio de Atención al Cliente también dispone de servicios de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p><i>711</i></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
ESCRIBA A	<p>Mass General Brigham Health Plan Medicare Advantage 399 Revolution Drive, Suite 850 Somerville, MA 02145</p>
SITIO WEB	<p><i>MassGeneralBrighamAdvantage.org</i></p>

Información de contacto de SHINE "Serving the Health Information Needs of Everyone" (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a nivel local a los beneficiarios de Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	<i>1-800-243-4636</i> <i>De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.</i>
TTY	(800) 439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número anterior para obtener la dirección del programa SHINE de su zona.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act, PRA*) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget, OMB*). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si desea realizar comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.