



Guía para Miembros 2026

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)



myUHC.com/CommunityPlan



Número gratuito **1-866-242-7726**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo;
de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre

**United
Healthcare®**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Guía para Miembros para 2026

Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare y su Cobertura de Medicamentos como Miembro de nuestro plan

Este documento proporciona información detallada sobre su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026.



Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

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

- Los costos compartidos y la prima de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. (Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” o “nuestra/s” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UnitedHealthcare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a UHC Dual Choice DC-Q001 [PPO D-SNP].)

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Enrollee Services number at 1-866-242-7726 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; 8 a.m.-5:30 p.m. M-F Apr-Sept.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Aviso de antidiscriminación

UnitedHealthcare cumple las leyes federales y del District of Columbia vigentes de derechos civiles, y no excluye, no trata diferente ni discrimina a las personas por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza o ascendencia
- Color
- Credo
- Religión
- Edad
- Origen nacional
- Idioma
- Estado civil
- Sexo (incluidas la orientación sexual y la identidad de género)
- Enfermedad o discapacidad (incluidas las limitaciones físicas o mentales)
- Embarazo
- Responsabilidades familiares
- Fuente de ingresos
- Lugar donde vive
- Afiliación política
- Aspecto personal

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Usted puede solicitar intérpretes o comunicaciones en otros idiomas o formatos, por ejemplo, en letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

Si usted cree que no le hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro (TTY **711**). Si necesita cualquier otra ayuda, comuníquese con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud al 202-724-7491.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Internet: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**
Teléfono: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
Correo Postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios para quejas están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en: **<https://www.uhc.com/nondiscrimination-med>**

<https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html>

Aviso de disponibilidad

Si no habla o no lee inglés, llame al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo. Un representante le ayudará.

እንግሊዘኛ የማይናገሩ እና/ወይም የማያነቡ ከሆነ፡ እባክዎን በ1-866-242-7726፣ TTY 711፣ ከጠዋቱ 8:00 -ከሰዓት 5:30 EST፣ ሰኞ - አርብ፣ ኤፕሪል - ሴፕቴምበር ወራት፤ ጠዋት 8:00 - ከሰዓት 8:00 EST፣ በሳምንት 7 ቀናት፣ ከአክቶበር - ማርች ወራት ይደውሉ። ተወካይ ያነጋግርዎታል።

إذا كنت لا تتحدث و/أو لا تقرأ اللغة الإنجليزية، يُرجى الاتصال على الرقم 1-866-242-7726 (TTY 711)، بين الساعة 8:00 صباحًا و 5:30 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي، من الاثنين إلى الجمعة، خلال أشهر أبريل حتى سبتمبر؛ ومن الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي، طوال أيام الأسبوع، خلال أشهر أكتوبر حتى مارس، وسيساعدك أحد الممثلين.

သင်အင်္ဂလိပ်စကား မပြောလျှင် နှင့်/သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို မဖတ်တတ်လျှင်၊ ဧပြီလမှ စက်တင်ဘာလအတွင်းဖြစ်ပါက၊ တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့၊ အရှေ့ပိုင်းစံတော်ချိန် နံနက် 8:00 နာရီမှ ညနေ 5:30 အတွင်းနှင့် အောက်တိုဘာလမှ မတ်လအတွင်းဖြစ်ပါက၊ တစ်ပတ်လျှင် 7 ရက်လုံး၊ အရှေ့ပိုင်းစံတော်ချိန်၊ နံနက် 8:00 နာရီမှ ည 8:00 နာရီအတွင်း 1-866-242-7726၊ TTY 711 ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက သင့်အား အကူအညီပေးသွားပါမည်။

如果您不能说和 / 或读英语，请致电 1-866-242-7726，听力语言残障服务专线 (TTY) 711，4 月至 9 月周一至周五，东部标准时间 (EST) 上午 8:00 至下午 5:30；10 月至 3 月每周 7 天，东部标准时间 (EST) 上午 8:00 至晚上 8:00。会有一位代表为您提供协助。

如果您不能說和 / 或讀英語，請致電 1-866-242-7726，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，4 月至 9 月週一至週五，東部標準時間 (EST) 上午 8:00 至下午 5:30；10 月至 3 月每週 7 天，東部標準時間 (EST) 上午 8:00 至晚上 8:00。會有一位代表為您提供協助。

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید و/یا نمی‌توانید بخوانید، لطفاً با شماره 1-866-242-7726 (TTY 711) تماس بگیرید. ساعات پاسخگویی از دوشنبه تا جمعه، بین ساعات 8:00 AM تا 5:30 PM به وقت EST در ماه‌های آوریل تا سپتامبر، و همه‌روزه بین ساعات 8:00 AM تا 8:00 PM به وقت EST در ماه‌های اکتبر تا مارس می‌باشد. یک نماینده به شما کمک خواهد کرد.

Si vous ne parlez pas et/ou ne lisez pas l'anglais, veuillez appeler le 1-866-242-7726, TTY 711, entre 8:00am et 5:30pm heure de l'Est, du lundi au vendredi, d'avril à septembre ; et entre 8:00am et 8:00pm heure de l'Est, 7 jours sur 7, d'octobre à mars. Un représentant vous aidera.

Si ou pa pale ak/oswa li angle, tanpri rele 1-866-242-7726, TTY 711, ant 8:00am - 5:30pm EST, lendi - vandredi, mwa avril - septanm; 8:00am - 8:00pm EST, 7 jou pa semèn, mwa oktòb - mas. Yon reprezantan ap ede ou.

यदि आप अंग्रेज़ी नहीं बोल सकते और/या पढ़ नहीं सकते, तो कृपया 1-866-242-7726, TTY 711 पर कॉल करें। अप्रैल से सितंबर तक सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 बजे से शाम 5:30 बजे (EST) तक, और अक्टूबर से मार्च तक सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8:00 बजे से रात 8:00 बजे (EST) तक कॉल कर सकते हैं। एक प्रतिनिधि आपकी सहायता करेगा।

Yog tias koj tsis paub hais thiab/los sis nyeem tsis tau ntawv Askiv, thov hu rau 1-866-242-7726, TTY 711, thaum 8:00 teev sawv ntov - 5:30 teev tsaus ntuj lub sij hawm EST, hnub Monday - hnub Friday, lub Plaub Hlis - Cuaj Hli; 8:00 teev sawv ntov - 8:00 teev tsaus ntuj lub sij hawm EST, 7 hnub hauv ib lub lim tiam, lub Kaum Hli - Lub Peb Hlis. Ib tug neeg sawv cev yuav los pab koj.

Se non parla o legge l'inglese, chiami il numero 1-866-242-7726 (TTY 711), attivo dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 17:30 EST, nei mesi da aprile a settembre e attivo tutti i giorni, dalle 8:00 alle 20:00 EST, nei mesi da ottobre a marzo. Un nostro consulente le fornirà assistenza.

英語を話したり読んだりできない場合は、1-866-242-7726、TTY 711 までお電話ください。受付時間：4月～9月は月曜日～金曜日、東部標準時午前8時～午後5時30分。10月～3月は毎日、東部標準時午前8時～午後8時です。担当者がお手伝いいたします。

영어를 말하거나 읽을 수 없는 경우, 1-866-242-7726, TTY 711 번으로 4 월-9 월, 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 5 시 30 분(동부표준시), 10 월-3 월, 주 7 일, 오전 8 시-오후 8 시(동부표준시) 사이에 전화하십시오. 담당자가 도와드릴 것입니다.

Jeśli nie mówi i/lub nie czyta Pan/Pani w języku angielskim, prosimy zadzwonić pod numer 1-866-242-7726, TTY 711, w godzinach od 8:00 rano do 5:30 wieczorem czasu EST, od poniedziałku do piątku, od kwietnia do września; w godzinach od 8:00 rano do 8:00 wieczorem czasu EST, 7 dni w tygodniu, od października do marca. Przedstawiciel udzieli Panu/Pani pomocy.

Se você não fala ou lê inglês, ligue para 1-866-242-7726, TTY 711, entre 8:00 a.m. e 5:30 p.m. EST, de segunda a sexta-feira entre os meses de abril e setembro, e entre 8:00 a.m. e 8:00 p.m. EST, 7 dias por semana entre os meses de outubro e março. Um representante auxiliará você.

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪੜ੍ਹ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-242-7726, TTY 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ ਸਤੰਬਰ ਤੱਕ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5:30 ਵਜੇ (EST) ਤੱਕ, ਅਤੇ ਅਕਤੂਬਰ ਤੋਂ ਮਾਰਚ ਤੱਕ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ 8:00 ਵਜੇ (EST) ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇੱਕ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

Если вы не говорите и/или не читаете по-английски, обращайтесь по телефону 1-866-242-7726 (линия TTY: 711) в соответствии со следующим графиком работы: с 8:00am до 5:30pm по восточному времени (EST) с понедельника по пятницу в период с апреля по сентябрь; с 8:00am до 8:00pm по восточному времени (EST) ежедневно в период с октября по март. Представитель компании окажет вам помощь.

Haddii aadan ku hadlin iyo/ama aadan akhrin Af-Ingirisiga, fadlan wac 1-866-242-7726, TTY 711, inta u dhaxeysa 8:00am – 5:30pm EST, Isniin – Jimce, bilaha Abriil – Setenbar; 8:00am – 8:00pm EST, 7 maalmood isbuucii, bilaha Oktoobar – Maarso. Wakiil ayaa ku caawin doona.

If you do not speak and/or read English, please call 1-866-242-7726, TTY 711, between 8:00am – 5:30pm EST, Monday – Friday, months April – September; 8:00am – 8:00pm EST, 7 days a week, months October – March. A representative will assist you.

Kung hindi ka makapagsalita at/o makapagbasa ng Ingles, pakitawagan ang 1-866-242-7726, TTY 711, 8:00am – 5:30pm EST, Lunes – Biyernes, mga buwan ng Abril – Setiembre; 8:00am – 8:00pm EST, 7 araw kada linggo, mga buwan ng Oktubre – Marso. May representative na tutulong sa iyo.

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc tiếng Anh, vui lòng gọi số 1-866-242-7726, TTY 711, 8:00 sáng – 5:30 chiều theo giờ EST, thứ Hai đến thứ Sáu, trong giai đoạn từ tháng 4 đến tháng 9; 8:00 sáng – 8:00 tối theo giờ EST, tất cả các ngày trong tuần, trong giai đoạn từ tháng 10 đến tháng 3. Một nhân viên đại diện sẽ hỗ trợ quý vị.

Guía para Miembros 2026

Índice

Capítulo 1:	Información básica para el miembro	15
Sección 1	Introducción.....	15
Sección 2	Requisitos de participación en el plan	16
Sección 3	Materiales importantes de membresía	18
Sección 4	Resumen de costos importantes	20
Sección 5	Más información sobre la prima mensual del plan.....	26
Sección 6	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	28
Sección 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	29
Capítulo 2:	Números de teléfono y recursos importantes	31
Sección 1	Contactos de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).....	31
Sección 2	Reciba ayuda de Medicare.....	33
Sección 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).....	34
Sección 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	35
Sección 5	Seguro Social	36
Sección 6	DC Medicaid	36
Sección 7	Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta	38
Sección 8	Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	41
Sección 9	Si tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador.....	41
Capítulo 3:	Cómo usar nuestro plan para recibir sus servicios médicos	43
Sección 1	Cómo recibir cuidado médico como miembro de nuestro plan	43
Sección 2	Use proveedores dentro y fuera de la red para recibir cuidado médico.....	44
Sección 3	Cómo recibir servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad de cuidado de urgencia	48
Sección 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de servicios cubiertos?	50
Sección 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....	51



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**,
de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m.,
de lunes a viernes, de abril a septiembre

Sección 6	Reglas para recibir cuidado en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”	52
Sección 7	Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero	53
Capítulo 4:	Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)	55
Sección 1	Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos	55
Sección 2	La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos.....	57
Sección 3	Servicios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)	147
Sección 4	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)....	147
Capítulo 5:	Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D.....	154
Sección 1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	154
Sección 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	155
Sección 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan	159
Sección 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	161
Sección 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea.....	163
Sección 6	Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	166
Sección 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	168
Sección 8	Cómo surtir una receta	169
Sección 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	170
Sección 10	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	172
Capítulo 6:	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	175
Sección 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D.....	175
Sección 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).....	177

Sección 3	Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted	178
Sección 4	La Etapa del Deducible.....	179
Sección 5	La Etapa de Cobertura Inicial	180
Sección 6	La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	186
Sección 7	Información adicional sobre beneficios	187
Sección 8	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	187
Capítulo 7:	Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	189
Sección 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	189
Sección 2	Cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió	193
Sección 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o denegaremos.....	194
Capítulo 8:	Sus derechos y responsabilidades	195
Sección 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	195
Sección 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	210
Capítulo 9:	Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	212
Sección 1	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud.....	212
Sección 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	213
Sección 3	Qué proceso usar para su problema	213
Sección 4	Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de Medicare	214
Sección 5	Guía para decisiones de cobertura y apelaciones	214
Sección 6	Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	217
Sección 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	225

Sección 8	Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que le darán de alta demasiado pronto.....	235
Sección 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto	240
Sección 10	Cómo presentar una apelación de Nivel 3, 4 y 5	244
Sección 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.....	247
Sección 12	Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de DC Medicaid.....	250
Capítulo 10:	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	251
Sección 1	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	251
Sección 2	¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?	251
Sección 3	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	254
Sección 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan	255
Sección 5	Debemos terminar su en nuestro plan en ciertas situaciones.....	256
Capítulo 11:	Avisos legales.....	258
Sección 1	Aviso sobre las leyes vigentes.....	258
Sección 2	Aviso sobre antidiscriminación	258
Sección 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare	258
Sección 4	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación.....	259
Sección 5	Responsabilidad del miembro	260
Sección 6	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	260
Sección 7	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil	261
Sección 8	Motivos de fuerza mayor.....	261



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726, TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre

Sección 9	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes.....	261
Sección 10	Evaluación de la tecnología.....	262
Sección 11	Declaraciones del miembro.....	262
Sección 12	Información disponible a solicitud	262
Sección 13	Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2026	262
Sección 14	Compromiso de las Decisiones de Cobertura.....	263
Capítulo 12:	Definiciones.....	266



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**,
de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m.,
de lunes a viernes, de abril a septiembre

Capítulo 1:

Información básica para el miembro

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 **Usted está inscrito en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), que es un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare**

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de DC Medicaid:

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

Usted eligió obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de nuestro plan difieren de los de Medicare Original.

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de cuidado de la salud especiales. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Dado que usted recibe ayuda de Medicaid con sus costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también podría proporcionar otros beneficios al cubrir servicios para el cuidado de la salud y medicamentos con receta que generalmente Medicare no cubre. También recibirá el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios, de manera que usted reciba los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa District of Columbia Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la Guía para Miembros

Esta Guía para Miembros forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su solicitud de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) y cualquier aviso que usted reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. A estos avisos a veces se les llama “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en el plan, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el Departamento de Servicios Humanos de DC y DC Medicaid (el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud) deben aprobar su plan de UnitedHealthcare cada año. Cada año, usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare y de Medicaid como miembro de nuestro plan si decidimos seguir ofreciendo el plan, y Medicare y DC Medicaid renuevan la aprobación del plan.

Sección 2 Requisitos de participación en el plan

Sección 2.1 Requisitos de participación

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan siempre y cuando cumpla todas estas condiciones:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos
- Cumpla los requisitos de participación especiales que se describen a continuación.

Requisitos de participación especiales de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del distrito que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) Para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe cumplir los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid.

Nota: Si deja de cumplir los requisitos, pero se puede esperar razonablemente que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de 6 meses, sigue cumpliendo los requisitos para la membresía. (La Sección 2.1 del Capítulo 4 explica la cobertura durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación).

Sección 2.2 DC Medicaid

DC Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del distrito que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién cumple los requisitos, qué servicios están cubiertos y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre y cuando siga las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a los beneficiarios de Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año.

Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare solamente por servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Nuestro plan solamente está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio de nuestro plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado del District of Columbia: District of Columbia.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área.

Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nuevo sitio.

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

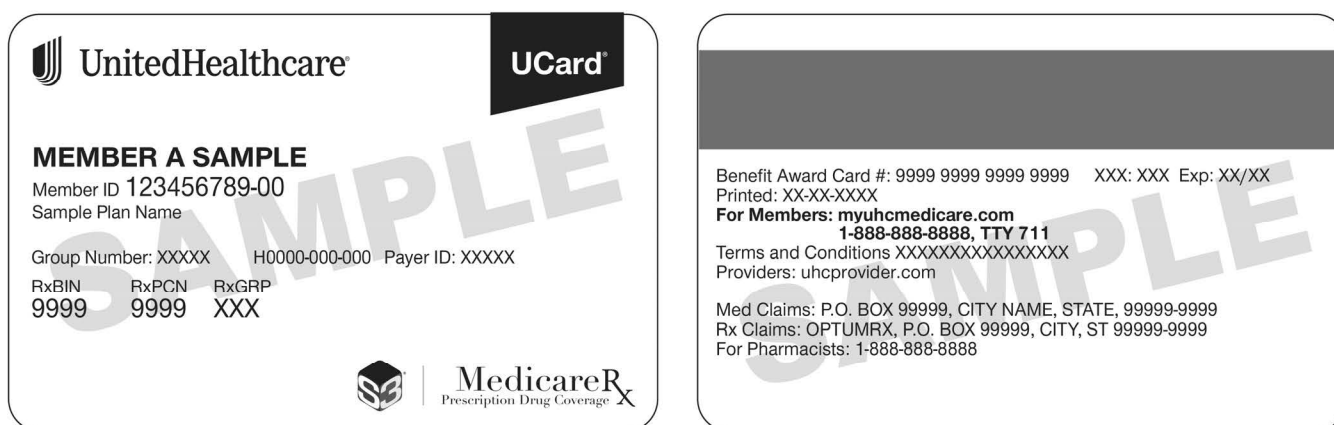
Sección 2.4 Ciudadanía Estadounidense o Residencia Legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan por esta razón. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Su UCard de UnitedHealthcare

Una vez que se inscriba en el plan, le enviaremos su UCard® de UnitedHealthcare por correo postal. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de UCard de UnitedHealthcare cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. Su UCard se puede usar para comprar alimentos saludables y artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), y para pagar sus servicios públicos. Esta es una UCard de UnitedHealthcare de muestra. La suya será muy parecida:



Asegúrese de que la información de su UCard de UnitedHealthcare sea correcta. Si hay algún problema o si usted perdió su tarjeta, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726, TTY 711. Cada miembro de UnitedHealthcare Community Plan tiene su propia tarjeta. Es ilegal permitir que otra persona use su UCard de UnitedHealthcare.

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su UCard de UnitedHealthcare, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de cuidados para enfermos terminales, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su UCard de UnitedHealthcare se daña, se pierde o se la roban, comuníquese con Servicio al Cliente al número 1-866-242-7726, TTY 711, y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El **Directorio de Proveedores**, disponible en myUHC.com/CommunityPlan, indica los proveedores y distribuidores de equipo médico duradero actuales de nuestra red. **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si usted usa un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios cubiertos sea mayor. Consulte el Capítulo 3 para obtener información más específica.

Obtenga la lista más reciente de proveedores y distribuidores en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Si no tiene un **Directorio de Proveedores**, puede pedir una copia (en formato electrónico o en papel) a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Directorio de Proveedores solicitado se le enviará por correo postal en un plazo no mayor de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El Directorio de Farmacias de myUHC.com/CommunityPlan indica las farmacias de nuestra red. **Farmacias de la red** son las farmacias que acordaron surtir las recetas de medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Use el Directorio de Farmacias para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no estén dentro de la red del plan.

Si no tiene un **Directorio de Farmacias**, puede pedir una copia a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Sección 3.4 Lista de Medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos** (también llamada Lista de Medicamentos o Formulario). Indica los medicamentos con receta que están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Nuestro plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que hayan sido quitados y reemplazados según lo descrito en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por sus beneficios de DC Medicaid. Para saber más sobre la cobertura de medicamentos con receta de sus beneficios de DC Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o con DC Medicaid que se indican en el Capítulo 2 de esta guía. Es posible que su plan de salud de Medicaid o DC Medicaid también puedan proporcionar una Lista de Medicamentos de Medicaid que le indique cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

La Lista de Medicamentos también indica si hay alguna regla que limite la cobertura de sus medicamentos.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite myUHC.com/CommunityPlan o llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *La prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para obtener información detallada.	\$0
Máximo de gastos de su bolsillo Es lo máximo que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Para obtener información detallada, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4.)	De proveedores de la red: \$0 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario	\$0 de copago por cada visita (dentro de la red). \$0 de copago por cada visita (fuera de la red).
Visitas al consultorio de un especialista	\$0 de copago por cada visita (dentro de la red). \$0 de copago por cada visita (fuera de la red).
Estadías en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días (dentro de la red). \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días (fuera de la red).
Deducible por la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener información detallada, consulte la Sección 4 del Capítulo 6.)	Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: Su plan no tiene deducible. Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: \$0 Nivel 1 \$615 Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continúa en la página siguiente) (Consulte el Capítulo 6 para obtener información detallada sobre la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.)	Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: Si está inscrito en las Partes A y B de Medicare y recibe los beneficios completos del Departamento de Servicios Humanos (Medicaid) del District of Columbia, según sus ingresos y su situación institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: Por medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): • \$0 de copago o • \$1.60 de copago o • \$5.10 de copago Por todos los demás medicamentos cubiertos: • \$0 de copago o • \$4.90 de copago o • \$12.65 de copago Si el total que usted paga por copagos y coseguros alcanza los \$2,100, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no pagará nada. Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial: Nivel 1 de Medicamentos: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago Nivel 2 de Medicamentos: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% de coseguro

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Nivel 3 de Medicamentos: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% de coseguro Usted paga el 25%, hasta \$35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel¹ Nivel 4 de Medicamentos: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% de coseguro Nivel 5 de Medicamentos: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% de coseguro Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

¹Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o \$35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga \$0.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Sección 4.4)
- Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan, a menos que califique para el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. No tendrá que pagar una prima mensual del plan (la prima del plan de medicamentos con receta) si califica para el programa “Ayuda Adicional”. Los beneficiarios de Medicare y de DC Medicaid

califican automáticamente para el programa “Ayuda Adicional”. Como usted califica para el programa “Ayuda Adicional”, en el año 2026 la prima mensual de nuestro plan es de \$0.

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

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, el programa “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. Si desea más información sobre estos programas, consulte la Sección 7 del Capítulo 2. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si **ya está inscrito** y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Guía para Miembros no se aplique a su caso**. Le hemos enviado un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia de la guía Medicare Y Usted 2026 en la sección llamada “Costos de Medicare 2026”. Descargue una copia del sitio web de Medicare en (es.medicare.gov/medicare-and-you) o puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), usted recibe una reducción de hasta \$1.00 en la prima mensual de la Parte B de Medicare. Medicare establece la reducción y la administra a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Los reembolsos se aplican únicamente a lo que usted paga por la prima de la Parte B de Medicare y no se emiten sobre ninguna prima pagada por DC Medicaid. Según cómo pague la prima de la Parte B de Medicare, su reducción se puede acreditar a su cheque del Seguro Social o a su resumen de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. Las reducciones pueden tardar varios meses en emitirse; sin embargo, usted recibirá un crédito completo por las cantidades que haya pagado.

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó anteriormente en la Sección 2, para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe mantener su categoría de participación en DC Medicaid, además de tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), DC Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califican para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si DC Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no cumple los requisitos para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Dado que usted tiene elegibilidad doble, no se aplica la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP) mientras mantenga su estatus de elegibilidad doble, pero, si pierde este estatus, podría incurrir en una multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más durante los que usted no tuvo cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. “Cobertura de medicamentos acreditable” es la cobertura que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que usted estuvo sin cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Usted tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), le informaremos la cantidad de la multa.

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

- Recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable
- Tuvo cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [Veterans Health Administration, VHA]). Su compañía de seguros o su Departamento de Recursos Humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Puede recibir esta información por carta o a través de un boletín de parte de nuestro plan. Guarde esta información, porque podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Todo aviso o carta debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos para medicamentos no son cobertura de medicamentos con receta acreditable

Medicare determina la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, cuente el número de meses completos que demoró en inscribirse en un plan

de medicamentos de Medicare, después de haber cumplido los requisitos para inscribirse. O bien, cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que usted no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (la prima básica nacional del beneficiario). Para el año 2026, la prima promedio es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional del beneficiario y luego redondee a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería 14% por \$38.99, lo que equivale a \$5.46. Esto se redondea a \$5.50. Esta cantidad se agregaría a la **prima mensual del plan de una persona que tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D**.

Tres cosas importantes para tener en cuenta sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, porque la prima básica nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque usted cambie de plan.
- Si usted es menor de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que usted no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare debido a la edad.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba para indicarle que tiene que 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 4.4 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Si deja de cumplir los requisitos para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de sus ingresos brutos ajustados y modificados según lo informado en su declaración de impuestos de hace 2 años ante el Servicio de Impuestos Internos. Si este cargo es superior a una cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite es.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo usted suela pagar la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para saber más sobre cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta cubiertos por la Parte D de Medicare (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por los medicamentos con receta de la Parte D que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2 contiene más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

Sección 5 Más información sobre la prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Hay cuatro maneras de pagar la prima de nuestro plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por la prima mensual de nuestro plan. Realice su pago a la orden de UnitedHealthcare. Consulte su factura para obtener la dirección postal y otra información. Incluya su número de ID de miembro en su cheque o giro postal. Si realiza un pago por más de un miembro, incluya un talón de pago por cada miembro. Incluya en el número de ID de miembro de cada uno en el cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir hasta la fecha de vencimiento que se indica en la factura mensual. Si necesita un reemplazo de su factura mensual, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 2: Transferencia Electrónica de Fondos

En lugar de pagar con cheque, usted puede hacer que la prima mensual de nuestro plan se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques. Su pago mensual se deducirá aproximadamente el día 5 de cada mes. Si desea inscribirse en la Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), puede seguir las instrucciones de su factura mensual, o puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 3: Pagar con tarjeta de crédito

En lugar de pagar con cheque, puede pagar la prima mensual de nuestro plan con su tarjeta de crédito. Si desea inscribirse para usar su tarjeta de crédito para pagar la prima mensual de nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 4: Que le deduzcan la prima de nuestro plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma de pagar la prima

Si decide cambiar la opción para pagar la prima, puede llevar hasta 3 meses que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de nuestro plan se pague puntualmente. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para notificarnos la opción de pago de la prima que haya elegido o si desea realizar un cambio en su opción actual.

Si tiene problemas para pagar la prima de nuestro plan

La prima de nuestro plan vence en nuestra oficina el primer día de cada mes. Si no recibimos su pago para el primer día del mes, le enviaremos un aviso. Además, tenemos derecho a iniciar acciones de cobranza de las primas que usted adeude.

Si tiene problemas para pagar la prima puntualmente, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para determinar si podemos dirigirle a programas que le ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque usted no pagó la prima de nuestro plan, usted tendrá la cobertura de salud de Medicare Original. Mientras siga recibiendo el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta, seguirá teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare le inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta para su cobertura de la Parte D.

En el momento en que cancelamos su membresía, es posible que usted aún nos adeude primas pendientes. Tenemos derecho a iniciar la cobranza de las primas que adeude. Si solicita la inscripción en uno de nuestros planes y tiene primas pendientes en un plan actual o anterior de nosotros, tenemos derecho a exigirle el pago de las primas que adeude antes de permitirle inscribirse.

Si piensa que cancelamos indebidamente su membresía, puede presentar una queja (también llamada queja formal). Si tuvo una circunstancia de emergencia ajena a su voluntad que le impidió pagar la prima de nuestro plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Cuando presente una queja, revisaremos nuevamente nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-866-242-7726, de 8 a.m. a 8 p.m.: los

7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted debe presentar su solicitud en un plazo no mayor de 60 días calendario después de la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

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

Si comienza a cumplir los requisitos del programa Ayuda Adicional o si deja de cumplirlos durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que usted tiene que pagar podría cambiar. Si califica para el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos, el programa Ayuda Adicional paga una parte de las primas mensuales de nuestro plan. Si Medicare solamente paga una parte de la prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre. Si deja de cumplir los requisitos del programa Ayuda Adicional durante el año, tendrá que comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Para saber más sobre el programa Ayuda Adicional, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su solicitud de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. También indica la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus costos compartidos**. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, avísenos:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de unión libre, del Seguro de Accidentes Laborales o de DC Medicaid).
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito.
- Si le admiten en un asilo de convalecencia.
- Si recibe cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia su tercero responsable designado (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. **(Nota:** No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 para avisarnos (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de los Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta o si usted tiene otra cobertura que no se haya indicado, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), las reglas de Medicare deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo, (el “pagador secundario”) solamente paga si hay costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no han sido cubiertos. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupo de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, se determina quién paga primero según su edad, el número de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y es discapacitado, y usted (o su familiar) aún trabajan, nuestro plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a que tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

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

- Seguro Sin Culpa (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro de Responsabilidad Civil (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro por Neumoconiosis del Minero (pulmón negro)
- Seguro de Accidentes Laborales

DC Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud de grupo de empleadores.

Capítulo 2:

Números de teléfono y recursos

Sección 1 Contactos de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Para recibir ayuda con preguntas sobre reclamos, facturación o UCard, llame o escriba a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Le ayudaremos con gusto.

Servicio al Cliente — Información de Contacto

Llame al	1-866-242-7726 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre Servicio al Cliente, 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	UnitedHealthcare Attention: Enrollee Services Department P.O. Box 30770 Salt Lake City, UT 84130-0770
Sitio web	myuhc.com/CommunityPlan

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su cuidado médico o sus medicamentos con receta

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su cuidado médico o sus medicamentos, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con el cuidado médico o los medicamentos con receta — Información de contacto

Llame al	1-866-242-7726 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	UnitedHealthcare Enrollee Services Department (Decisiones de cobertura) P.O. Box 30770 Salt Lake City, UT 84130-0770 Appeals and Grievances Department (Apelaciones médicas) P.O. Box 6103, MS CA124-0187 Cypress, CA 90630-0023 Part D Appeal and Grievance Department (Apelaciones de medicamentos con receta) P.O. Box 6103, MS CA124-0197 Cypress, CA 90630-0023
Sitio web	myuhc.com/CommunityPlan

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red, incluso una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no incluye disputas sobre la cobertura ni el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre el cuidado médico — Información de contacto

Llame al	1-866-242-7726 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
Fax	Para presentar quejas rápidas solamente: 1-844-226-0356

Quejas sobre el cuidado médico — Información de contacto

Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0187 Cypress, CA 90630-0016
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) directamente ante Medicare, visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Solicitudes de Pago — Información de Contacto

Escriba a	UnitedHealthcare P.O. Box 5240 Kingston, NY 12402-5240
Sitio web	myuhc.com/CommunityPlan

Sección 2 Reciba ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de planes Medicare Advantage, incluso con nuestro plan.

Medicare — Información de Contacto

Llame al	1-800-MEDICARE, (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Conversación en vivo	Tenga una conversación en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone .

Medicare — Información de Contacto

Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	es.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluso sobre lo que cuestan y los servicios que prestan. • Encuentre médicos u otros proveedores de cuidado de la salud y distribuidores que participan en Medicare. • Sepa qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, vacunas y visitas de “Bienestar” anuales). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad del cuidado que prestan los planes, asilos de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados para enfermos terminales, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios de Internet y números de teléfono útiles. También puede visitar es.medicare.gov para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga sobre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En su distrito, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Oficina de la Tercera Edad del Distrito de Columbia.

Es un programa independiente del distrito (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de dicho programa pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Además, pueden ayudarle con las preguntas o los problemas de Medicare, explicarle sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de la Oficina de la Tercera Edad del Distrito de Columbia – Información de Contacto

Llame al	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) , o localmente al 202-724-5626
TTY	711
Escriba a	500 K Street, NE, Washington, DC 20002
Sitio web	https://dacl.dc.gov

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

En cada estado, hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que presta servicios a las personas con Medicare. Para el District of Columbia, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Commence Health BFCC-QIO.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos de Medicare para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del estado es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad del cuidado incluyen recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico equivocado.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminará demasiado pronto.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) – Información de Contacto
District of Columbia
Programa Commence Health BFCC-QIO

Llame al	1-888-396-4646 De 9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; de 10 a.m. a 4 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	P.O. Box 2687, Virginia Beach, VA 23450

Sitio web	https://www.commencehealthqio.cms.gov/
------------------	---

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social determina los requisitos de participación en Medicare y administra las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le informaba que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que ha cambiado su vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

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

Seguro Social — Información de Contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Use el sistema telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
Sitio web	ssa.gov/espanol/

Sección 6 DC Medicaid

DC Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del distrito que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Como miembro de este plan, usted califica para Medicare y DC Medicaid.

Los programas ofrecidos a través de DC Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año.

Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare solamente por servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Finance, DHCF) del District of Columbia.

Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud del District of Columbia — Información de contacto

Llame al	202-442-9533 Disponible de 8:15 a.m. a 4:45 p.m., hora local, de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	441 4th ST NW, 900S, Washington, DC 20001
Sitio web	dhcf.dc.gov/

El programa del Ombudsman para el Cuidado de la Salud es un programa del gobierno del District of Columbia que ayuda a las personas inscritas en DC Medicaid con problemas de servicio o facturación. Puede ayudarle a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan.

El programa le proporciona ayuda y asesoramiento para recibir cuidado de la salud de parte de su plan. El Ombudsman para el Cuidado de la Salud puede prestar los siguientes servicios:

- Explicarle el cuidado de la salud que usted tiene derecho a recibir,
- Responder a sus preguntas e inquietudes sobre el cuidado de su salud,
- Ayudarle a entender sus derechos y responsabilidades como miembro de un plan,
- Ayudarle a obtener los servicios médicamente necesarios que usted necesite,
- Responder las preguntas e inquietudes que pueda tener sobre la calidad del cuidado de su salud,
- Ayudarle a resolver problemas con su médico u otro proveedor de cuidado de la salud,
- Ayudarle a resolver quejas y problemas con su plan,
- Ayudarle con los procesos de apelación, y
- Ayudarle a presentar una solicitud de Audiencia Imparcial por usted una vez que se hayan agotado sus derechos de apelación.

El Ombudsman para el Cuidado de la Salud no toma decisiones sobre quejas formales, apelaciones ni Audiencias Imparciales.

Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos — Información de contacto

Llame al	1-877-685-6391 (Número gratuito) 1-202-724-7491 Disponible de 8:30 a.m. a 4 p.m., hora local, de lunes a viernes.
-----------------	---

**Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos —
Información de contacto**

TTY	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Use MassRelay al 711 para llamar al número indicado anteriormente.
Escriba a	One Judiciary Square 441 4th Street, NW Suite 250 North Washington, DC 20001
Sitio web	healthcareombudsman.dc.gov/
Correo Electrónico	healthcareombudsman@dc.gov

Sección 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre maneras de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Dado que cumple los requisitos de DC Medicaid, usted califica para recibir el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. No tiene que hacer nada más para recibir este programa Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas sobre el programa Ayuda Adicional, llame a los siguientes:

- El 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La Oficina de Medicaid de su Distrito al 1-202-671-4200.

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le ayuda a obtener evidencia de su copago correcto. Si usted ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Envíe la información por fax al 501-262-7070 o por correo postal a P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300.
- Cuando obtengamos la evidencia que indique el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda la cantidad correcta cuando surta su próxima receta. Si paga de más por su copago, le haremos un reembolso, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si usted tiene una deuda con la farmacia porque no le cobraron su copago, es

posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el distrito pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al distrito.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede si tiene el programa Ayuda Adicional y la cobertura de un Programa de Ayuda para Medicamentos del Distrito (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) del Distrito, el programa Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene el programa Ayuda Adicional y la cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos a través del Distrito.

Nota: Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su distrito, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el distrito, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos (según lo define el distrito) y de ser personas no aseguradas o subaseguradas. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida del distrito que se indica a continuación.

Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida – Información de Contacto

Programa de Beneficios de Farmacia del District of Columbia

Llame al	1-202-671-4815 De 8:15 a.m. a 4:45 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio web	https://dchealth.dc.gov/node/137072

Programas de Asistencia Farmacéutica del Distrito

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica del Distrito que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades económicas, edad, enfermedad o discapacidades. Cada distrito tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el District of Columbia, el Programa de Asistencia Farmacéutica del Distrito es el Programa de Beneficios de Farmacia del District of Columbia

Programas de Asistencia Farmacéutica del Distrito — Información de Contacto

District of Columbia

Programa de Beneficios de Farmacia del District of Columbia

Llame al	1-202-671-4815 De 8:15 a.m. a 4:45 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 2201 Shannon Place SE, Washington, DC 20020
Sitio web	https://dchealth.dc.gov/node/137072

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el año 2026.** Participar en el programa Ayuda Adicional de Medicare, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida, para aquellos que califican, es más ventajoso que participar solo en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si desea más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.Medicare.gov.

Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare — Información de Contacto

Llame al	1-866-242-7726 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre Servicio al Cliente, 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre

Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare — Información de Contacto

Escriba a	UnitedHealthcare Enrollee Services Department P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	myUHC.com/CommunityPlan

Sección 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) — Información de Contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario, de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 a.m. a 12 p.m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada y obtener información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	RRB.gov

Sección 9 Si tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de este documento.) Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan o sobre los períodos de inscripción para realizar un cambio. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos vigente con nuestro plan.

Capítulo 3:

Cómo usar nuestro plan para recibir sus servicios médicos

Sección 1 Cómo recibir cuidado médico como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar nuestro plan para recibir su cuidado médico cubierto. Para obtener información detallada sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe cuidado, consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que tienen una licencia del distrito para prestar cuidado y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Hemos hecho los arreglos necesarios para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores dentro de nuestra red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **Servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios para el cuidado de la salud, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. La Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 indica sus servicios cubiertos para el cuidado médico. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los que están cubiertos por Medicare Original, según se indica en el Capítulo 4.

El plan generalmente cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

- **El cuidado que usted reciba se considere médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.
- **Usted recibe cuidado de un proveedor que cumple los requisitos para prestar los servicios de Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, usted puede recibir cuidado de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (consulte la Sección 2 para obtener más información).
 - Los proveedores dentro de nuestra red se indican en el **Directorio de Proveedores (myUHC.com/CommunityPlan)**.
 - Si usted usa un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios cubiertos sea mayor.
 - **Nota:** Mientras pueda recibir su cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto el cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que haya decidido dejar de participar en el Programa de Medicare, o que haya sido excluido o impedido de participar en él. Si consulta a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Antes de recibir servicios, consulte a su proveedor para confirmar que cumpla los requisitos para participar en Medicare.

Sección 2 Use proveedores dentro y fuera de la red para recibir cuidado médico

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que proporcione y supervise su cuidado médico

¿Qué es un “proveedor de cuidado primario” y qué hace este proveedor por usted?

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) es un médico de la red que usted elige para prestar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario?

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Medicina General.

¿Cuál es el rol de mi proveedor de cuidado primario?

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud y también es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Es importante que entable y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

Cómo elegir un proveedor de cuidado primario

Usted elige un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores** en el momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores** más reciente o recibir ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red.

Si no elige un proveedor de cuidado primario en el momento de su inscripción, podemos elegir uno por usted. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento. Consulte “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” a continuación.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de proveedores de su plan y que usted tenga que elegir un nuevo proveedor de cuidado primario dentro de nuestro plan; de lo contrario, pagará más por los servicios cubiertos.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web. Si el proveedor de cuidado primario está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva UCard que incluirá este cambio.

Sección 2.2 Cómo recibir cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios para el cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con enfermedades cardíacas
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con determinadas enfermedades óseas, articulares o musculares

Si usted usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por sus servicios cubiertos será la que se indica en la sección “Fuera de la Red” de la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Usted paga el costo compartido fuera de la red aunque haya recibido una referencia para los servicios, o si nos solicitó una decisión de cobertura antes de su visita. Sin embargo, en caso de que no haya ningún proveedor de la red contratado a su disposición, usted puede solicitar acceder al cuidado de un proveedor fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Llame a Servicio al Cliente para avisarnos si necesita consultar a un proveedor fuera de la red o si desea recibir ayuda para buscar un proveedor dentro de la red. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de este documento.)

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades frecuentes de cuidado de la salud, es posible que en algún momento considere que usted necesita consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de servicios de salud mental o de salud del comportamiento de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para su enfermedad, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario.

Consulte el **Directorio de Proveedores**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición a través de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores** en Internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de servicios de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir cuidado continuo.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo tratamiento o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidado.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Cuando no haya un beneficio o proveedor dentro de la red adecuado o disponible para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos necesarios para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante nuestro plan o ambas (consulte el Capítulo 9).

Para recibir ayuda, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Algunos servicios requieren la preautorización del plan para que estén cubiertos. Obtener la preautorización es responsabilidad del proveedor de cuidado primario o del proveedor tratante. Los servicios y artículos que requieren una preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de tratarle, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si usted usa un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios cubiertos sea mayor**. Hay cosas más importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir su cuidado de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto el cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que haya decidido dejar de participar en el Programa de Medicare, o que haya sido excluido o impedido de participar en él. Si recibe cuidado de un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Antes de recibir servicios, consulte a su proveedor para confirmar que cumpla los requisitos para participar en Medicare.
- Cuando obtenga servicios fuera de la red en los Estados Unidos, pagaremos los servicios cubiertos según las reglas de Medicare Original. En Medicare Original, los proveedores pueden elegir si aceptan la asignación de Medicare. Asignación significa que el médico, proveedor o distribuidor ha firmado un convenio con Medicare para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por los servicios cubiertos. La mayoría de los médicos, proveedores y distribuidores aceptan la asignación, pero usted siempre debe verificarlo para asegurarse. Quizás también desee saber cuánto tiene que pagar por cada servicio o suministro antes de recibirlo. Para determinar si los médicos o proveedores fuera de la red aceptan la asignación (participan en Medicare), comuníquese con Medicare (consulte la Sección 2 del Capítulo 2 de esta **Guía para Miembros**).

- No necesita una referencia o preautorización cuando reciba cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, solicite una decisión de cobertura antes de su visita para confirmar que los servicios que reciba estén cubiertos y sean médicamente necesarios (consulte la Sección 5 del Capítulo 9). Esto es importante porque:
 - Sin una decisión de cobertura antes de su visita, y si nuestro plan determina más adelante que los servicios no están cubiertos o no son médicamente necesarios, nuestro plan podría denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le informamos que no cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado (consulte el Capítulo 9).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero facture a nuestro plan. Sin embargo, si usted ya pagó 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 usted cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos (consulte el Capítulo 7).
- Si usted está usando un proveedor fuera de la red para recibir cuidado de emergencia, servicios requeridos de urgencia o diálisis fuera del área de servicio, es posible que no tenga que pagar un costo compartido más alto (consulte la Sección 3).

Sección 3 **Cómo recibir servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad de cuidado de urgencia**

Sección 3.1 **Recibir cuidado si tiene una emergencia médica**

Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una afección, una lesión, dolor grave o una enfermedad que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita obtener primero la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que use un médico de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier parte del mundo.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le prestan el cuidado de emergencia decidirán en qué momento su caso se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica.

Una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado médico de seguimiento para asegurarse de que su caso se mantenga estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para el cuidado adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si recibe su cuidado médico de seguimiento de proveedores fuera de la red, usted pagará el costo compartido fuera de la red más alto.

Cuando recibe cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos conforme al beneficio de emergencia en todo el mundo, solo los servicios médicos directamente relacionados con la emergencia médica inmediata están cubiertos mientras usted permanece en un país extranjero. El cuidado médico de seguimiento recibido fuera de los Estados Unidos después de la estabilización de su caso generalmente no está cubierto, aunque el cuidado esté relacionado con la emergencia original. La cobertura se limita a los servicios para emergencias requeridos para estabilizar su caso. A fin de cumplir los requisitos para la cobertura, todo cuidado recibido después de la estabilización debe ocurrir dentro de los Estados Unidos.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia —ya que piensa que su salud está en grave peligro— y que el médico le diga que en realidad no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando haya sido razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que **no** era una emergencia, el costo compartido que usted pague dependerá de que reciba el cuidado de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe el cuidado de proveedores de la red, su parte de los costos generalmente será más baja que si recibe el cuidado de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Recibir cuidado si necesita servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio requerido de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o intensificaciones inesperadas de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los exámenes médicos anuales, no se consideran servicios requeridos de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano dentro del país extranjero. El transporte de regreso a los Estados Unidos

desde otro país no tiene cobertura, independientemente de que ese transporte se realice en ambulancia o mediante algún otro método de transporte. Los servicios preprogramados, las citas programadas, los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Visite el siguiente sitio web: **uhc.com/disaster-relief-info** o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá recibir cuidado de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si usted pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 de esta Guía para Miembros para saber qué puede hacer.

Sección 4.1 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indica en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Sin embargo, antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con la oficina de DC Medicaid de su distrito para saber si el servicio está cubierto por Medicaid.

Por los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de usar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen médico de rutina por cada año y usted lo recibe, pero decide realizarse un segundo examen médico de rutina dentro del mismo año, usted paga el costo total del segundo examen médico de rutina. Lo que usted pague después de haber llegado al límite de beneficios no se toma en cuenta para alcanzar el máximo anual de gastos de su bolsillo. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el máximo de gastos de su bolsillo de su plan.)

Sección 5 Servicios médicos 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 forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (no relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más — por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original — le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá presentar documentación que nos demuestre lo que usted pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan su cuidado como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [national coverage determinations-coverage with evidence development, NCD-CED] y los estudios de exención de dispositivos en investigación [investigational device exemption, IDE]. Estos beneficios también podrían estar sujetos a preautorización y otras reglas del plan.)

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

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

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

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

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del nuevo cuidado.

Después de que Medicare haya pagado la parte correspondiente del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como sucede con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare **no** pagará el nuevo artículo o servicio que se prueba en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o el servicio incluso aunque usted **no** participara en un estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (computed tomographies, CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su enfermedad normalmente requeriría una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionan sin cargo a las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare llamada Medicare y Pruebas Clínicas, disponible en [medicare.gov/publications/02226-s-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](https://www.medicare.gov/publications/02226-s-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6 Reglas para recibir cuidado en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona cuidado para una enfermedad que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si el hecho de recibir cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en cambio cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal que afirme que, a conciencia, se opone a recibir tratamiento médico no exceptuado.

- El cuidado o tratamiento médico **no exceptuado** es todo cuidado o tratamiento médico que es voluntario y **no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.

- El tratamiento médico **exceptuado** es el cuidado o tratamiento médico que usted recibe que no es voluntario o que **se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solamente cubre los aspectos **no religiosos** del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una enfermedad que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - **y** – usted debe obtener la preaprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Usted tiene cobertura para un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección **Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados** en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 7 Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 No adquirirá la propiedad de cierto equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital que un proveedor para miembros indique para uso en el domicilio. El miembro siempre es el propietario de algunos artículos de equipo médico duradero, como las prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren la propiedad del equipo una vez que pagaron copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted no adquirirá la propiedad de artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de cuántos copagos haya realizado por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad de un artículo de equipo médico duradero. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba inscrito en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se toman en cuenta para alcanzar estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se reinscriba en Medicare Original. No cuenta ninguno de los pagos que usted ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original).

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si usted califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, nuestro plan cubrirá:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si usted deja nuestro plan o médicamente ya no necesita el equipo de oxígeno, debe devolverlo.

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

Medicare Original exige que el distribuidor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el distribuidor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir entre quedarse con la misma compañía o irse a otra. En este momento, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, aunque usted siga con la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

Capítulo 4:

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

Sección 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

La Tabla de Beneficios Médicos indica sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga usted por cada servicio cubierto como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de su bolsillo que usted puede pagar por servicios cubiertos

Los tipos de gastos de su bolsillo que usted puede pagar por servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le ofrece más información sobre sus copagos.)
- **Coseguro:** porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le proporciona más información sobre su coseguro.)

Miembros Beneficiarios Calificados de Medicare — no tienen ningún costo por los servicios cubiertos por Medicare, excepto los copagos de sus medicamentos con receta, si están inscritos en Medicare como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) y en DC Medicaid. DC Medicaid paga sus coseguros, deducibles y copagos (excepto por medicamentos con receta de la Parte D).

Muestre su UCard y su tarjeta de ID de Medicaid del distrito cuando reciba servicios para el cuidado de la salud. Estas tarjetas ayudarán a sus proveedores de cuidado de la salud a coordinar el pago.

Llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica en el Capítulo 2 de esta guía si:

- le piden que pague servicios cubiertos,
- su proveedor se niega a atenderle o
- usted tiene otras preguntas

Si recibe un aviso de que su cobertura de DC Medicaid ha vencido, llame a su oficina de Medicaid inmediatamente para volver a solicitar la asistencia. El número de teléfono de su Agencia de Medicaid se indica en el Capítulo 2 de esta guía. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Período de Gracia

Miembros que son Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o tienen los beneficios completos de Medicaid — si usted pierde su categoría de participación en DC Medicaid, puede seguir inscrito en este plan de Medicare durante un máximo de 6 meses.

Debe reinscribirse en Medicaid antes de que finalice el período de 6 meses para mantener sus beneficios de Medicare con este plan. Si visita a su proveedor durante el período de 6 meses, tendrá gastos de su bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá. Usted será responsable de esos costos hasta que recupere su categoría de participación en Medicaid. Los gastos de su bolsillo pueden incluir los deducibles, los copagos y los coseguros del plan de Medicare, hasta alcanzar las cantidades indicadas por Medicare Original, que se pueden encontrar en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov). Por los servicios cubiertos por Medicare dentro de la red, usted será responsable de hasta \$9,250 de los costos compartidos, calculados según las cantidades de Medicare Original. Usted será responsable de hasta \$13,900 por los servicios recibidos combinados dentro y fuera de la red. Además, si usted deja de cumplir los requisitos del programa Ayuda Adicional de la Parte D, también tendrá que pagar la prima del plan. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) para obtener información adicional relacionada con los gastos de su bolsillo durante el período de gracia.

Si no se reinscribe en DC Medicaid durante el período de 6 meses, se cancelará su inscripción en nuestro plan. Se le inscribirá en Medicare Original. Para reinscribirse en Medicaid, comuníquese con la oficina de DC Medicaid.

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de DC Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

En nuestro plan, hay 2 límites diferentes en lo que usted paga de su bolsillo por servicios médicos cubiertos:

- El **máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red es de \$0**. Esto es lo máximo que usted paga durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores de la red. Lo que usted paga en concepto de deducibles, copagos y coseguros por servicios cubiertos recibidos de proveedores de la red se toma en cuenta para alcanzar este máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Lo que usted paga en concepto de primas del plan, servicios y medicamentos de la Parte D recibidos de proveedores fuera de la red no se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Además, lo que usted paga por algunos servicios no se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si usted paga \$0 por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B recibidos de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a nuestros proveedores de la red.

Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de nuestro plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que DC Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

- El **máximo combinado de gastos de su bolsillo es de \$0**. Esto es lo máximo que usted paga durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Lo que usted paga en concepto de deducibles, copagos y coseguros por servicios cubiertos se toma en cuenta para alcanzar este máximo combinado de gastos de su bolsillo. Lo que usted paga por la prima del plan y por los medicamentos de la Parte D no se toma en cuenta para alcanzar el máximo combinado de gastos de su bolsillo. Además, lo que usted paga por algunos servicios no se toma en cuenta para alcanzar el máximo combinado de gastos de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si usted pagó \$0 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de nuestro plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que DC Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

Sección 2 La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos

La Tabla de Beneficios Médicos de las páginas siguientes indica los servicios que cubre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se describe en el Capítulo 5). Los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare se deben prestar según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos de la Parte B) **deben** ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- Para los nuevos miembros, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage no puede requerir preautorización para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un Proveedor de cuidado primario (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado.
- Algunos servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos como servicios dentro de la red **solamente** si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preaprobación (a veces llamada preautorización). También hay algunos servicios que requieren que usted colabore directamente con su Equipo de Cuidado de la Salud asignado para obtener la aprobación.

- Los servicios cubiertos que podrían necesitar una preaprobación para estar cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con dos cruces (††) en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Los proveedores de la red acuerdan por contrato obtener la preautorización del plan.
- Usted nunca necesita una preaprobación para recibir servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
- Aunque usted no necesita una preaprobación para recibir servicios fuera de la red, usted o su médico pueden pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.
- Si su plan de cuidado coordinado aprueba una solicitud de preautorización para un tratamiento, la aprobación debe estar vigente durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en el cuidado según los criterios de cobertura vigentes, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido sea un porcentaje de coseguro, lo que usted paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores no participantes.
- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de DC Medicaid. Medicare cubre cuidado de la salud y medicamentos con receta. DC Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. DC Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como cuidado a largo plazo y servicios a domicilio y en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual **Medicare Y Usted 2026**. Véalo por Internet en www.es.medicare.gov o pida una copia por teléfono al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted cuando usa un proveedor de la red. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también le tratan o controlan por una enfermedad existente, se aplicará un copago por el cuidado que recibió por la enfermedad existente. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre su parte de los costos **fuera de la red** por estos servicios.

- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante el 2026, ni Medicare ni nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra en el período de 6 meses del plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por Medicare del plan Medicare Advantage que correspondan. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de DC Medicaid que estén incluidos en el Plan de Medicaid del Distrito, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que fueran pagaderos por el distrito.
- Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.
 - Si le diagnostican alguna de las enfermedades crónicas que se indican a continuación y cumple ciertos criterios, es posible que cumpla los requisitos para recibir los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - **Las enfermedades que califican son:** Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2), enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, hipertensión crónica (presión arterial alta crónica), hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico), trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD), enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD), trastornos pulmonares crónicos, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, demencia, VIH/SIDA, inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores, miastenia grave/trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/neuropatía inflamatoria y tóxica, trastornos neurológicos, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, cuidado después de un trasplante de órganos, trastornos hematológicos graves, derrame cerebral, enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo y enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares.
 - Sus requisitos de participación se determinarán después de inscribirse en este plan. Validaremos con sus proveedores tratantes que usted tiene una o más de las enfermedades crónicas que califican. Además, le confirmaremos que cumple criterios adicionales, que incluyen un alto riesgo de hospitalización o resultados de salud graves, y que necesita coordinación de cuidados intensivos, como la ayuda para manejar múltiples proveedores o medicamentos.
- Para obtener información más detallada, consulte la fila Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas de la Tabla de Beneficios Médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios podría cumplir los requisitos.

Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos de la Tabla de Beneficios Médicos.

Medicamento Necesario — significa servicios para el cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o lesiones que cumplen todos los siguientes criterios, tal y como han sido determinados por nosotros o nuestra persona designada y a nuestro criterio exclusivo:

- Según los **Estándares generalmente aceptados del ejercicio de la medicina**.
- Son los más apropiados, en cuanto a su tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran eficaces para tratar su enfermedad o lesión.
- No son principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- Satisfacen, pero no exceden, su necesidad médica, son al menos tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible, y se prestan de la manera más eficiente en costo que sea segura y eficaz.

Los **Estándares generalmente aceptados del ejercicio de la medicina** se basan en evidencia científica confiable publicada en bibliografía médica revisada por colegas, que son generalmente reconocidos por la comunidad médica pertinente y se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si estos no están disponibles, en estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados de salud.

Si no hay evidencia científica confiable disponible, es posible que se tomen en cuenta los estándares basados en recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos o los estándares profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son médicamente necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos, la elección de expertos y la determinación de cuándo hacer uso de dicha opinión de expertos quedarán a nuestro criterio exclusivo.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección realizada por única vez (una vez en la vida) para las personas en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible por este examen preventivo para los miembros que cumplen los requisitos.	No hay coseguro, copago ni deducible por este examen preventivo para los miembros que cumplen los requisitos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días realizadas por, o bajo la supervisión de, un médico (u otro proveedor médico según se describe a continuación), que están cubiertas en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como: • Persistente por 12 semanas o más; • no específico, ya que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o si recae. Por lo general, los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare no están cubiertos cuando los presta un acupunturista o un quiropráctico. Requisitos para Proveedores: Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras especialistas (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la Sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos vigentes del distrito y tienen: Este beneficio continúa en la página siguiente	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) según si recibe los servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista.^{††}	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) según si recibe los servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) • un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. • El beneficio no está cubierto cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA) o una enfermera especialista (NP)/un especialista en enfermería clínica (CNS) según lo exigido por Medicare. Los servicios de acupuntura prestados por proveedores que no cumplen los requisitos de proveedores de acupuntura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid no están cubiertos incluso en sitios donde no hay proveedores a su disposición que cumplan los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero, hasta el centro apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado si se prestan a un miembro cuya enfermedad es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que el caso del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Fuera de los Estados Unidos, nuestro beneficio de emergencias en todo el mundo cubre el transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano dentro del país extranjero. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura, independientemente de que ese transporte se realice en ambulancia o mediante algún otro método de transporte. Por lo general, usted pagará el costo total de cualquier servicio de ambulancia en situaciones de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos en el momento en que reciba los servicios y luego deberá solicitarnos un reembolso. Las solicitudes de pago que recibamos de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos por servicios que usted recibió fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.	\$0 de copago por cada viaje en transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. \$0 de copago por cada viaje en transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare. <i>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.</i>	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Examen médico de rutina anual Incluye un examen médico completo y la evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier análisis de laboratorio o prueba de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos. No es necesario que las visitas para realizar el Examen Médico de Rutina Anual se programen con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una visita dentro o fuera de la red por cada año calendario.	\$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.	40% de coseguro por un examen médico de rutina cada año.*
 Visita de bienestar anual Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y sus factores de riesgo actuales. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier análisis de laboratorio o prueba de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos. Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en un plazo de 12 meses después de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para que sus visitas de bienestar anuales tengan cobertura.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Medición de masa ósea Las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de pérdida de masa ósea o en riesgo de osteoporosis) tienen cobertura para los siguientes servicios cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
 Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que reúnen ciertas condiciones y que cuentan con la indicación de un médico. Nuestro plan también cubre programas para la rehabilitación cardíaca intensiva que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.	\$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por cada año con su médico de cuidado primario para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares.
 Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) cubiertos una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada cinco años.	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada cinco años.
 Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer de vagina o de cuello uterino, o si está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolau en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • Para mujeres asintomáticas entre los 30 y 65 años: una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV) cada 5 años, junto con la prueba de Papanicolau	No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral están fuera de posición). La manipulación manual es un tratamiento en el que se aplica presión con las manos para mover suavemente las articulaciones y los tejidos. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare, incluso: • Terapia de mantenimiento. El tratamiento quiropráctico se considera terapia de mantenimiento cuando ya no se prevé que el cuidado continuo ofrezca mejoras clínicas y el tratamiento deja de ser correctivo y sirve solamente de apoyo. • Cargos adicionales cuando su quiropráctico usa un dispositivo manual portátil para ejercer mayor presión controlada durante el tratamiento. • Radiografías, terapia de masaje y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento del dolor lumbar crónico).	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, incluidos los servicios para el manejo del dolor crónico y el plan de tratamiento Si tiene enfermedades crónicas graves y recibe servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, su proveedor desarrolla un plan de cuidado integral mensual que indica sus problemas y metas de salud, proveedores, medicamentos, servicios comunitarios que usted tiene y necesita, y otra información sobre su salud. Su proveedor también ayuda a coordinar su cuidado cuando usted va de un centro de cuidado de la salud a otro.	Por su plan mensual de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) según el tipo de proveedor que desarrolló su plan.^{††} Por cualquier cuidado recomendado en su plan, usted pagará el costo compartido correspondiente. Los servicios recomendados en los planes de manejo del dolor crónico pueden incluir (entre otros) servicios para el cuidado primario, servicios de un médico especialista, fisioterapia, terapia ocupacional, análisis de laboratorio o pruebas de diagnóstico, o medicamentos con receta (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”, “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”, “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”, o “Medicamentos de la Parte B de Medicare”, o consulte el Capítulo 6 para saber lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D correspondientes).^{††}	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años en adelante que no estén en alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. Este beneficio continúa en la página siguiente	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser una colonoscopia de diagnóstico como paciente ambulatorio.	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser una colonoscopia de diagnóstico como paciente ambulatorio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que el examen de detección. Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) Colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios	No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. ^{††}	No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula, o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos.	\$0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare. ^{††}	\$0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare.
Beneficios dentales de rutina Para obtener más información sobre este beneficio, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Usted tiene cobertura para beneficios dentales de rutina. Para obtener información detallada, consulte la descripción de los beneficios dentales de rutina al final de esta tabla. ^{*††}	
 Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación de depresión por cada año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para una evaluación de depresión anual.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para una evaluación de depresión anual.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Pruebas de detección de la diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre. Es posible que las pruebas también estén cubiertas si usted cumple otros requisitos, como si tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes. Usted podría cumplir los requisitos para realizarse hasta 2 pruebas de detección de la diabetes cada año del plan después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para medir la glucosa en la sangre: medidores continuos de glucosa (CGM), medidores de glucosa en la sangre (BGM), tiras para medir la glucosa en la sangre, lanceteros y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los medidores y las tiras para medir la glucosa. • Puede obtener ciertos medidores continuos de glucosa (CGM) en su farmacia, y todos están disponibles de un proveedor de equipo médico duradero al mismo costo. Si tiene diabetes Tipo 1, no necesita una preautorización. Para la diabetes Tipo 2 y otras enfermedades, usted necesitará una preautorización para los medidores continuos de glucosa de un proveedor de equipo médico duradero. Las preautorizaciones para medidores continuos de glucosa y suministros se aprueban por 12 meses. O puede obtener ciertos medidores continuos de glucosa en una farmacia sin preautorización si su historial de reclamos incluye insulina o cualquier tipo de pieza del dispositivo medidor continuo de glucosa (por ejemplo, sensores, transmisores). • Para obtener información detallada sobre los requisitos de medidores continuos de glucosa de Medicare, visite es.medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada medidor continuo de glucosa (CGM) y suministros cubiertos por Medicare con una preautorización aprobada. No hay limitaciones de marcas para los medidores continuos de glucosa.^{††} \$0 de copago por cada medidor de glucosa en la sangre (BGM) cubierto por Medicare.^{††} Para los medidores de glucosa en la sangre, solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Nuestro plan no cubre otras marcas de medidores de glucosa en la sangre. Su plan no cubre otras marcas. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour	\$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. \$0 de copago por cada medidor continuo de glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare según las pautas de Medicare. Para conocer el costo compartido correspondiente a la insulina y las jeringas, consulte el Capítulo 6 — Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en ciertos casos. Se limita a 20 visitas de 30 minutos por cada año por un máximo de 10 horas el año inicial. Para los años subsiguientes de capacitación de seguimiento, se limita a 4 visitas de 30 minutos por un máximo de 2 horas por cada año.	\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.	\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y el Capítulo 3 puede encontrar una definición de “equipo médico duradero”) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted. La lista más reciente de distribuidores está disponible en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.	\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.^{††} Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 de copago cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos.^{††} Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno antes de inscribirse en nuestro plan, su costo compartido en nuestro plan es de \$0 de copago.^{††}	\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 de copago cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno antes de inscribirse en nuestro plan, su costo compartido en nuestro plan es de \$0 de copago.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado de emergencia El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una enfermedad o estado médico de emergencia. Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está 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 afección, una lesión, dolor grave o una enfermedad que empeora rápidamente. En los Estados Unidos, el costo compartido por los servicios para emergencias necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Cobertura mundial de servicios para emergencias prestados en departamentos de emergencias fuera de los Estados Unidos. • Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura, independientemente de que ese transporte se realice en ambulancia o mediante algún otro método de transporte. Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de los Estados Unidos: \$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas por el mismo problema. Si es admitido en un hospital, pagará el costo compartido según lo descrito en la sección “Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados” de esta tabla de beneficios. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su enfermedad o estado de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe recibir una autorización para quedarse en el hospital fuera de la red o debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero usted pagará el costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice. Fuera de los Estados Unidos: \$0 de copago por la cobertura mundial para servicios para emergencias fuera de los Estados Unidos. En la mayoría de los casos, usted pagará por adelantado al proveedor extranjero por el servicio y solicitará el reembolso. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado de emergencia (continuación) • Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos, aunque esos servicios estén relacionados con una emergencia previa. • Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. • Las tarifas de acceso a proveedores, las tarifas de citas y las tarifas administrativas no están cubiertas. • Generalmente, usted pagará el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos en el momento de recibirlos y luego nos solicitará el reembolso. Las solicitudes de pago que recibamos de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos de servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.		
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.
Servicios para la audición - examen de audición de rutina Cubrimos 1 examen de audición dentro o fuera de la red cada año.	\$0 de copago	30% de coseguro*

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios para la audición - aparatos auditivos A través de UnitedHealthcare Hearing, usted puede elegir entre una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y con receta. Esto incluye los fabricantes de dispositivos de marca, así como Relate®, la marca propia de UnitedHealthcare Hearing que ofrece aparatos auditivos económicos y de alta calidad con una variedad de opciones de tecnología y características útiles. Los aparatos auditivos se pueden ajustar en persona con un proveedor de la red o se le pueden entregar directamente a usted (solo productos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada 2 años. Hay accesorios, baterías adicionales y servicios opcionales para aparatos auditivos disponibles para comprar, pero no están cubiertos por el plan. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa. Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.	Proveedor: UnitedHealthcare Hearing La asignación para aparatos auditivos es de \$1,500 Comuníquese con UnitedHealthcare Hearing para acceder a su beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red. Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar tarifas adicionales por las visitas de seguimiento opcionales. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solo productos selectos). Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.	
 Prueba de detección del VIH Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio Antes de recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que se los preste una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluso en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos conforme al beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por cada día y de 35 horas por cada semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	\$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare.^{††} Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados para ver los copagos o coseguros correspondientes).	\$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio cuando se cumplen los criterios de Medicare. Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados para ver los copagos o coseguros correspondientes).

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según nuestro plan de cuidado • Capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio Este beneficio continúa en la página siguiente	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a la asistencia médica a domicilio (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”) según el lugar en que recibió los servicios de monitoreo o de administración.^{††} Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio.^{††} Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a la asistencia médica a domicilio (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”) según el lugar en que recibió los servicios de monitoreo o de administración. Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio. Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Terapia de infusión a domicilio (continuación)	correspondientes a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio. ^{††} Consulte el Capítulo 6 para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos de la Parte D relacionados con la terapia de infusión a domicilio.	correspondientes a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio. Consulte el Capítulo 6 para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos de la Parte D relacionados con la terapia de infusión a domicilio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidados para enfermos terminales Usted cumple los requisitos para el beneficio de cuidados para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro de cuidados para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal y certifican que usted tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado de cualquier programa de centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a buscar programas de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés económico. Su médico de cuidados para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio • Si se le admite en un centro de cuidados para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si se queda en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. Por servicios de cuidados para enfermos terminales y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados para enfermos terminales sus servicios de cuidados Este beneficio continúa en la página siguiente		Cuando se inscribe en un programa de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare, Medicare Original paga sus servicios de cuidados para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidados para enfermos terminales (continuación) para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de centros de cuidados para enfermos terminales, su proveedor de cuidados para enfermos terminales facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original. Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que usted use o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan y siga las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una preautorización): • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para recibir los servicios, solo paga el costo compartido de nuestro plan por servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido conforme a Medicare Original Por servicios que están cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A ni B de Medicare: UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidados para enfermos terminales (continuación) por la Parte A ni B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. Nota: Si usted necesita cuidados que no son para enfermos terminales (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Si recibe cuidado que no son cuidados para enfermos terminales a través de proveedores de nuestra red, su parte de los costos por los servicios será más baja.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de otras vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, como las vacunas contra el herpes zóster o contra el virus respiratorio sincitial (RSV). Para obtener más información, consulte la Sección 8 del Capítulo 6.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B o la COVID-19. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B o la COVID-19. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.
Servicios de apoyo a domicilio Los miembros con discapacidades u otras enfermedades calificadas podrían cumplir los requisitos para recibir horas de servicios de apoyo a domicilio cada mes. Los asistentes pueden ayudar con la limpieza, el cuidado personal, la supervisión general y mucho más.	\$0 de copago Usted debe obtener una preautorización de su plan de salud.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario) • Medicamentos y principios activos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplante tienen cobertura: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido.^{††} Si recibe cuidado como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su problema de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el Capítulo 12.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital.	\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. El plan tiene una red de centros que realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es diferente de la red que se encuentra en la sección “Hospitales” de su directorio de proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están dentro de la red del plan de servicios para trasplantes. Para obtener información sobre los centros de la red que prestan servicios para trasplantes, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera de su comunidad, usted puede decidir recibir servicios localmente siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su Este beneficio continúa en la página siguiente	Un traslado a otro tipo de centro (por ejemplo, un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted tiene cobertura por un número ilimitado de días siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta según las reglas del plan.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) comunidad y usted decide recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. Para obtener más información detallada, consulte la Sección 4 “Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)” del Capítulo 4. • Sangre — incluso su almacenamiento y administración La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Servicios de un médico Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “observación para pacientes ambulatorios”. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada “Beneficios Hospitalarios de Medicare”. Esta hoja informativa está disponible en es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general. • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por hasta 90 días por cada período de beneficios, más 60 días adicionales de reserva de por vida.^{††} Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el Capítulo 12.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.	\$0 de copago por hasta 90 días por cada período de beneficios, más 60 días adicionales de reserva de por vida. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el Capítulo 12.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos que usted reciba en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de un médico • Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico Este beneficio continúa en la página siguiente	Cuando su estadía deje de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación la sección Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico. Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.	Cuando su estadía deje de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación la sección Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico. Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos que usted reciba en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura (continuación) • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y luxaciones • Prótesis y ortesis (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional	Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación la sección Prótesis y ortesis y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Prótesis y ortesis y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.	Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación la sección Prótesis y ortesis y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Prótesis y ortesis y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Beneficio de comidas Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía cubierta en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un hospital como paciente hospitalizado. Pautas del beneficio: • Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante 14 días como máximo • La primera entrega de comida puede llevar hasta 72 horas después de haber realizado el pedido • Las referencias se deben realizar en un plazo no mayor de 30 días calendario después del alta Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.	\$0 de copago Se requiere una preautorización. El programa de entrega de comida a domicilio está disponible en todo el país.	
 Terapia de nutrición clínica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén en diálisis), o para después de un trasplante de riñón cuando esté indicado por su médico. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su indicación anualmente si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.	No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del programa para la prevención de la diabetes de Medicare están cubiertos para las personas que cumplen los requisitos conforme a todos los planes de salud de Medicare. Este programa es una intervención de salud estructurada para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación práctica en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, en general, el paciente no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento contra la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y la administración de dicho medicamento.^{††} \$0 de copago por cada medicamento cubierto por la Parte B Medicare.^{††} Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos.	\$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y la administración de dicho medicamento. \$0 de copago por cada medicamento cubierto por la Parte B Medicare. Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunodepresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está reclusa en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos (para inyecciones para la alergia): Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se convierte en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo no mayor de 48 horas después de la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato conforme al sistema de pago para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina, cuando sea medicamento necesario, y los anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycolepoetin beta) Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) • Medicamentos para quimioterapia y su administración Este enlace le llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-bstep-therapy.html Es posible que usted o su médico deban proporcionar más información sobre cómo se usa un medicamento con receta de la Parte B de Medicare para determinar la cobertura. Es posible que existan medicamentos eficaces de menor costo que tratan la misma enfermedad. Si le recetan un nuevo medicamento de la Parte B o no ha surtido recientemente el medicamento de la Parte B, es posible que se le exija probar uno o más de esos otros medicamentos antes de que el plan cubra su medicamento. Si usted ya ha probado otros medicamentos o si su médico piensa que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra su medicamento de la Parte B. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.) Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente. También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluso las reglas que usted debe seguir para que sus medicamentos con receta tengan cobertura. Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.		
Nurse Hotline Los servicios de Nurse Hotline están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con una enfermera titulada (RN) sobre sus inquietudes y preguntas médicas. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores (myUHC.com/CommunityPlan) o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	\$0 de copago	
Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de cuidado primario, donde puede ser coordinado con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario o profesional médico para saber más.	No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad.	No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides a través de un Programa de Tratamiento Relacionado con Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opioides que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. • Suministro y administración de los medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) (si corresponde) • Asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	\$0 de copago por servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides, cubiertos por Medicare.^{††}	\$0 de copago por servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides, cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • radiografías • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y luxaciones Nota: No hay ningún cargo aparte por los suministros médicos que se usan de rutina en el transcurso de una visita al consultorio y que se incluyen en los cargos del proveedor por esa visita (como vendajes, hisopos de algodón y otros suministros de rutina.) Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo aparte correspondiente (por ejemplo, agentes químicos usados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que se indican. • Análisis de laboratorio • Sangre — incluso su almacenamiento y administración (esto significa la preparación y el manejo de la sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada suministro médico cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.^{††} \$0 de copago por servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare. \$0 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. \$0 de copago por cada suministro médico cubierto por Medicare. \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) • Además, por la administración de infusión de sangre, usted pagará el costo compartido según se describe en las siguientes secciones de esta tabla, según el lugar en que recibió los servicios de infusión: – Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico – Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios — servicios de diagnóstico no radiológicos Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.^{††} Los ejemplos incluyen, entre otros: electrocardiogramas, pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo.	\$0 de copago por servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare. Los ejemplos incluyen, entre otros: electrocardiogramas, pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las indica para tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios — servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías.^{††} Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Los ejemplos incluyen, entre otros: estudios especializados, tomografías computarizadas (CT), tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT), tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de	\$0 de copago por servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías. Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Los ejemplos incluyen, entre otros: estudios especializados, tomografías computarizadas (CT), tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT), tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).	diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que estén cubiertos, los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley de concesión de licencia del distrito y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada Beneficios Hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se requeriría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos Este beneficio continúa en la página siguiente	Consulte la sección Cuidado de Emergencia. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.	Consulte la sección Cuidado de Emergencia. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) - Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos - Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que usted no se puede administrar solo (Nota: Los medicamentos que se autoadministran en un hospital para pacientes ambulatorios generalmente no están cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta de la Parte B. En determinadas circunstancias, es posible que estén cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información sobre las solicitudes de pago de la Parte D, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.) - Servicios prestados en una clínica para pacientes ambulatorios - Observación o cirugía para pacientes ambulatorios - Terapia de infusión para pacientes ambulatorios Si se trata de un medicamento que se administra mediante infusión, usted pagará el costo compartido según lo descrito en Este beneficio continúa en la página siguiente	Consulte los beneficios precedidos por el ícono de la “manzana”. Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Consulte la sección Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico. Consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y la sección Servicios de un médico/profesional,	Consulte los beneficios precedidos por el ícono de la “manzana”. Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Consulte la sección Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico. Consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y la sección Servicios de un médico/profesional,

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de medicamentos para terapia de infusión, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos. Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación como paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	incluidas las visitas al consultorio médico o la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	incluidas las visitas al consultorio médico o la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o un médico con licencia del distrito, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un asesor profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), una enfermera especialista (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes vigentes del distrito.	\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos centros para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, consultorios médicos y Centros para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).	\$0 de copago por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. \$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias como paciente ambulatorio Tratamiento y asesoramiento para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias.	\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria Nota: Si va a realizarse una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si usted será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación como Paciente Ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debería consultar a su médico o al personal del hospital. Si recibe algún servicio o artículo, excepto cirugía, que incluyen, entre otros, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, ortesis, suministros o medicamentos de la Parte B, podría haber costos compartidos adicionales por esos servicios o artículos. Consulte la sección correspondiente de esta tabla para encontrar el servicio o artículo adicional que recibió, y para ver el costo compartido específico requerido. Consulte “Examen de detección de cáncer colorrectal” anteriormente en esta tabla para obtener información sobre el beneficio de colonoscopia de detección y de diagnóstico. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.^{††} \$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.^{††} Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que se pueden prestar en un centro de cirugía ambulatoria disponible se deben prestar en un centro de cirugía ambulatoria, a menos que sea médicamente necesario un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.	\$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. \$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria (continuación)	\$0 de copago por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que se le presten en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.^{††}	\$0 de copago por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que se le presten en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su UCard cada mes para comprar artículos de venta sin receta cubiertos. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes. Los artículos cubiertos incluyen productos genéricos y de marca de venta sin receta, como vitaminas, analgésicos, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y productos de primeros auxilios. El crédito no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol. Dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño Usted también puede usar su crédito para productos de venta sin receta en dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño que tengan cobertura, como alfombras de baño, barras de agarre y sillas para la ducha. Este beneficio continúa en la página siguiente	El crédito mensual es de \$57 Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) (continuación) Equipo de acondicionamiento físico Puede usar su crédito para productos de venta sin receta en equipos de acondicionamiento físico cubiertos, como colchonetas y máquinas para hacer ejercicio o pesas de mano, y dispositivos portátiles o que registran sus actividades físicas. Servicios de apoyo También puede usar su crédito para productos de venta sin receta en servicios de apoyo a domicilio cubiertos, como relevo del cuidador, cuidado no especializado a domicilio y servicios para el control del peso. Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Si califica, los alimentos saludables y los servicios públicos se incluirán como parte de su crédito para productos de venta sin receta que vence mensualmente. Sus requisitos de participación en el crédito para alimentos saludables y servicios públicos se determinan después de que se inscriba en este plan. Para calificar, usted debe tener al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: • Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) • Enfermedades cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica) • Hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico) • Trastornos autoinmunitarios Este beneficio continúa en la página siguiente	Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta Si usa un proveedor fuera de la red para servicios en el domicilio, relevo del cuidador o asesoramiento sobre control de peso, usted paga el 75% del costo total. Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta Los alimentos con envío a domicilio, los productos de venta sin receta, los dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, y el equipo de acondicionamiento físico están disponibles en todo el país.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) (continuación) • Cáncer • Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Enfermedad gastrointestinal crónica • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastornos pulmonares crónicos • Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes • Demencia • VIH/SIDA • Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores • Miastenia grave/trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/neuropatía inflamatoria y tóxica • Trastornos neurológicos • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Cuidado posterior al trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Derrame cerebral • Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo • Enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares Los artículos cubiertos incluyen: • Alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más. Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) (continuación) • Facturas de servicios públicos aprobadas, como de electricidad, calefacción del hogar (por ejemplo, gas natural), agua e Internet doméstico. La dirección de los servicios debe coincidir con una dirección suya que tengamos registrada. Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet. El envío a domicilio es gratuito y hay un mínimo de \$35 para realizar un pedido. Se pueden aplicar impuestos. Visite el UCard Hub si desea más información sobre cómo usar su beneficio, consultar su saldo, buscar productos cubiertos, localizar tiendas participantes y mucho más. Visite el UCard Hub en myUHC.com/CommunityPlan para buscar tiendas participantes, consultar su saldo o realizar un pedido por Internet.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo ofrecido como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico, su terapeuta, su terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o su asesor profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural que es de mayor intensidad que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial.	\$0 de copago cada día por beneficios cubiertos por Medicare.^{††}	\$0 de copago cada día por beneficios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en el consultorio de un médico. • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un médico de cuidado primario (según lo permita Medicare). Consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” anteriormente en esta tabla para ver los copagos o coseguros correspondientes a las visitas a un centro de cirugía ambulatoria o a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.	\$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un médico de cuidado primario (según lo permita Medicare). Consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” anteriormente en esta tabla para ver los copagos o coseguros correspondientes a las visitas a un centro de cirugía ambulatoria o a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista. • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por los servicios prestados por un especialista o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un especialista (según lo permita Medicare).^{††} \$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††}	\$0 de copago por los servicios prestados por un especialista o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un especialista (según lo permita Medicare). \$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Nuestro plan cubre ciertos servicios de telesalud más allá de Medicare Original, que incluyen: – Visitas virtuales médicas adicionales: • Servicios requeridos de urgencia • Proveedor de cuidado primario • Especialista • Otro profesional de cuidado de la salud que no es médico o una enfermera especialista – Visitas virtuales adicionales para sesiones individuales de terapia de salud mental: • Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios • Servicios para trastornos por consumo de sustancias como paciente ambulatorio • Puede acceder a sus visitas virtuales de salud mental aunque no haya hecho una visita presencial anteriormente – Las visitas virtuales son visitas médicas o de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. – Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor que ofrezca el servicio mediante telesalud. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago	Sin cobertura fuera de la red

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) – No todas las enfermedades se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. – Los servicios de telesalud no cubiertos por Medicare y no indicados anteriormente no están cubiertos. • Servicios de telesalud cubiertos por Medicare, que incluyen: – Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. – Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente del sitio en el que usted se encuentre. – Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental, independientemente del sitio en el que se encuentren. – Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: • Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.^{††}	Usted pagará el costo compartido que se aplica a una visita al consultorio cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. – Servicios de telesalud prestados por clínicas de salud rurales y centros de cuidado de la salud aprobados a nivel federal. – Servicios de monitoreo remoto cubiertos por Medicare. – Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si: • Usted no es un paciente nuevo y • La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y • La consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible. – Evaluación de videos o imágenes que usted envió a su médico, e interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: • Usted no es un paciente nuevo y • La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y • La evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible. Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) – Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud. • Obtención de una segunda opinión antes de una cirugía. • Servicios de control en el consultorio de un médico o un centro hospitalario para pacientes ambulatorios si usted está tomando anticoagulantes, por ejemplo, Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les puede llamar servicios de la “Clínica de Coumadin”). Este beneficio continúa en la página siguiente	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un especialista (según lo descrito anteriormente en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”).^{††} Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que reciba los servicios.^{††}	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un especialista (según lo descrito anteriormente en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”). Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que reciba los servicios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) Servicios médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son prestados por un médico/profesional de cuidado de la salud que no es médico en su domicilio.	\$0 de copago por los servicios de una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico.^{††} Por los servicios de un proveedor de cuidado primario o los servicios de un médico especialista, usted pagará el costo compartido tal como se aplica en un consultorio, según lo descrito anteriormente en esta sección de la tabla de beneficios.^{††}	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (tal como se aplica en un consultorio, según lo descrito anteriormente en esta sección de la tabla de beneficios) según el tipo de médico que preste los servicios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos). • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas enfermedades que afectan a las extremidades inferiores.	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio.^{††} Para obtener información sobre los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, como cirugía, consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio. Para obtener información sobre los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, como cirugía, consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Cuidado de los pies de rutina adicional Cubrimos 4 visitas de cuidado de los pies de rutina dentro y fuera de la red cada año. Este beneficio es adicional al beneficio de servicios de podiatría cubiertos por Medicare indicado anteriormente. Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, el corte o la extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas.	\$0 de copago por cada visita de rutina.	30% de coseguro por cada visita de rutina.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de cuidado de la salud determinan que usted corre un riesgo mayor de tener VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para la profilaxis preexposición orales o inyectables aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (que incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento terapéutico) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de profilaxis preexposición.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de profilaxis preexposición.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por cada tacto rectal cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de antígeno prostático específico.	No hay coseguro, copago ni deducible por cada tacto rectal cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de antígeno prostático específico. Las pruebas de diagnóstico de antígeno prostático específico están sujetas al costo compartido según se describe en la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en esta tabla.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Prótesis y ortesis y suministros relacionados Las prótesis (no dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluyen, entre otros, prueba, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y ortesis; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). También incluyen ciertos suministros relacionados con las prótesis y ortesis, y la reparación o el reemplazo de las prótesis y ortesis. Además, incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas — consulte la sección Servicios para la vista más adelante en esta tabla para obtener información más detallada.	\$0 de copago por cada ortesis o prótesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos, y los suministros relacionados.^{††}	\$0 de copago por cada ortesis o prótesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos, y los suministros relacionados.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave, y que cuentan con una indicación para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora por cada día, hasta 36 sesiones de por vida (en algunos casos hasta 72 sesiones de por vida) de servicios de rehabilitación pulmonar.	\$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas las embarazadas) que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento breves en persona por cada año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un médico de cuidado primario calificado en un centro de cuidado primario.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de la infección por el Virus de la Hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de la salud calificado indica una y usted cumple una de las siguientes condiciones: • Usted está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Le realizaron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que esté en alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de la hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.	40% de coseguro por la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Las personas calificadas tienen cubierta una tomografía computarizada de baja dosis cada 12 meses. Los miembros que cumplen los requisitos son personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que han fumado tabaco por un mínimo de 20 paquetes-año y fuman actualmente o han dejado de fumar hace menos de 15 años, y que reciben una indicación para que se les realice una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón. La visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas y estar a cargo de un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado. Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis: el miembro debe recibir una indicación para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación puede ser emitida durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado. Si un médico (o un profesional que, sin ser médico, esté calificado) elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar exámenes posteriores de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, ni por la tomografía computarizada de baja dosis que estén cubiertas por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, ni por la tomografía computarizada de baja dosis que estén cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las indica, estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si están a cargo de un proveedor de cuidado primario y se realizan en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando les refiera su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente) • Capacitación en autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio	\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. \$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. ^{††} \$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones: Consulte la sección Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados. Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.	\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. \$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. \$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones: Consulte la sección Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados. Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.
Este beneficio continúa en la página siguiente		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio (por ejemplo, cuando es necesario, visitas de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	Consulte la sección Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.	Consulte la sección Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 puede encontrar una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada [SNF]). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado (esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.) • Sangre - incluso su almacenamiento y administración La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que se proporcionan habitualmente en los centros de enfermería especializada • Análisis de laboratorio que normalmente se realizan en los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente se prestan en los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos como sillas de ruedas, que normalmente se proporcionan en los centros de enfermería especializada • Servicios de un médico/profesional Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, hasta 100 días.^{††} Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada)	\$0 de copago por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, hasta 100 días. Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada)

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) No se requieren 3 días de estadía previa en el hospital. Por lo general, usted recibe cuidado en centros de enfermería especializada de la red. En ciertos casos que se indican a continuación, es posible que usted pueda recibir cuidado en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta lo que paga nuestro plan. • Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital.	después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado.	después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y de usar tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Usan tabaco, independientemente de que exhiban signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Son competentes y están alertas durante las sesiones de asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento Cubrimos 2 intentos de dejar el tabaco por cada año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por cada año).	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La terapia de ejercicios supervisada está cubierta para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y que cuentan con una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. Si se cumplen los requisitos del programa de terapia de ejercicios supervisada, se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas. El programa de terapia de ejercicios supervisada debe: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos y que incluyan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en pacientes con claudicación • Ser realizado en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por el personal auxiliar calificado que sea necesario para asegurarse de que los beneficios excedan los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado Si un proveedor de cuidado de la salud la considera médicamente necesaria, es posible que la terapia de ejercicios supervisada tenga cobertura más allá de 36 sesiones en un período de 12 semanas y se extienda a 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo más prolongado.	\$0 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Transporte de rutina Información detallada de este beneficio: • Hasta 24 viajes en una sola dirección, combinados dentro y fuera de la red, tienen cobertura cada año (limitados únicamente a transporte terrestre). • Usted es responsable de cualquier costo que exceda el límite de viajes, tanto dentro como fuera de la red. • Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como proveedores, centros médicos, farmacias, gimnasios, supermercados o citas relacionadas con la vista y la audición de la red. • Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 50 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. • Los servicios de transporte se deben solicitar 2 días hábiles antes de una cita de rutina programada. • Se permite un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años). • En algunos viajes, es posible que usted tenga que compartir el vehículo con otros clientes del transporte. • Los viajes son de acera a acera. • Hay camionetas con acceso para sillas de ruedas disponibles, si se solicita. • Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago	75% de coseguro por los servicios cubiertos*

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Transporte de rutina (continuación) Este beneficio no cubre el transporte en: • Camilla • Ambulancia Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios requeridos de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio requerido de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir servicios requeridos de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o intensificaciones inesperadas de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran requeridas de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente. Cobertura mundial de “servicios requeridos de urgencia” cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, una lesión o un problema que usted no esperaba ni anticipaba, y usted no puede esperar hasta regresar al área de servicio de nuestro plan para obtener servicios. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	\$0 de copago por cada visita. \$0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Servicios para la vista Los servicios cubiertos incluyen: - Servicios de un médico para pacientes ambulatorios prestados por un oftalmólogo o un optometrista para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos, incluido el diagnóstico o tratamiento de cataratas o degeneración macular relacionada con la edad. - Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (incluidas las refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. Consulte la sección Servicios para la vista — cobertura de examen de la vista de rutina a continuación. - Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de glaucoma cada año. Las personas en alto riesgo de glaucoma incluyen personas con historial familiar de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos de 50 años en adelante e hispanos estadounidenses de 65 años en adelante. - Para personas con diabetes o signos y síntomas de enfermedad ocular, los exámenes de la vista para evaluar la presencia de enfermedad ocular están cubiertos según las pautas de Medicare. Para las personas diabéticas asintomáticas se recomiendan exámenes anuales a cargo de un oftalmólogo o un optometrista. - Para personas diabéticas, el examen de detección de la retinopatía diabética está cubierto una vez por cada año. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por el examen de glaucoma cubierto por Medicare. \$0 de copago por exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare.^{††}	\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. \$0 de copago por el examen de glaucoma cubierto por Medicare. \$0 de copago por exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Servicios para la vista (continuación) • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (los pares de anteojos o lentes de contacto adicionales no están cubiertos por Medicare). Si le realizan 2 operaciones de cataratas por separado, usted no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar según lo definido por Medicare; las mejoras no están cubiertas (incluidos, entre otros, los marcos de lujo, los lentes de colores, los lentes progresivos o el revestimiento antirreflectante).	\$0 de copago por un par de anteojos o de lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.	\$0 de copago por un par de anteojos o de lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
Servicios para la vista — examen de la vista de rutina Cubrimos 1 examen de la vista de rutina dentro o fuera de la red cada año. La refracción ocular es parte del beneficio del examen de la vista de rutina. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Proveedor: MARCH® Vision Care \$0 de copago	Proveedor: MARCH® Vision Care 30% de coseguro*

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
Servicios para la vista — artículos para la vista de rutina Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. • 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto cada año Usted es responsable de toda cantidad que exceda la asignación del plan para artículos para la vista. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Proveedor: MARCH® Vision Care \$0 de copago El plan paga hasta \$200 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto.	Proveedor: MARCH® Vision Care \$0 de copago El plan paga hasta \$200 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto.

Servicio cubierto	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red
 Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare” Nuestro plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos ciertos exámenes de detección [o vacunas]), y referencias para recibir otro cuidado si fuera necesario. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier análisis de laboratorio o prueba de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta tabla de beneficios médicos. Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No hay coseguro, copago ni deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, por única vez, si se indica como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Para obtener información sobre otros electrocardiogramas, consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No hay coseguro, copago ni deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, por única vez, si se indica como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Para obtener información sobre otros electrocardiogramas, consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.

*Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

††Servicios cubiertos para los que su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos Incluidos con Su Plan:

Máximo Dental Anual: \$1,000

- Como parte de su plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare, usted recibe un Beneficio de Servicios Dentales de Rutina que proporciona cobertura para servicios dentales preventivos y otros servicios necesarios, tales como:
 - Exámenes
 - Limpiezas
 - Empastes dentales
 - Radiografías
 - Coronas
 - Puentes
 - Tratamientos de conducto radicular
 - Extracciones
 - Dentaduras postizas parciales
 - Dentaduras postizas completas
- \$0 de copago por todos los servicios dentales cubiertos hasta el máximo dental anual del plan.
- Todos los servicios cubiertos tienen limitaciones de frecuencia correspondientes. Algunos servicios cubiertos pueden tener en cuenta el historial dental y los procedimientos anteriores junto con las limitaciones de frecuencia. Si desea consultar información detallada sobre su plan con su dentista o ver la lista completa de servicios dentales cubiertos con las limitaciones de frecuencia asociadas, puede encontrarla en la guía de referencia rápida de UHC Dental Medicare en uhcmedicatedentalproviderqrg.com.
- El plan no cubre los procedimientos usados por razones exclusivamente estéticas (blanqueo dental, carillas dentales, remodelación gingival), la ortodoncia, los mantenedores de espacio, los implantes ni los servicios relacionados con implantes, el impuesto sobre las ventas, los cargos por no asistir a las citas, la administración de casos dentales, los cargos dentales relacionados con los exámenes, las pruebas de detección de la COVID-19 y las vacunas contra esta enfermedad, ni los procedimientos no especificados según indique el informe.
- Una vez que se agote el máximo anual, los cargos restantes serán su responsabilidad. Todos los servicios dentales cubiertos pagados por el plan se toman en cuenta para alcanzar el máximo dental anual. A continuación, se indican otras limitaciones y exclusiones.
- Este plan dental ofrece acceso a la robusta Red Dental Nacional de Medicare Advantage de UHC. Los dentistas de la red han acordado prestar servicios a una tarifa negociada. Si consulta a un dentista de la red, no pueden facturarle más que esa tarifa por los servicios cubiertos dentro de las limitaciones del plan. Toda tarifa asociada con servicios sin cobertura es su responsabilidad.
- Si necesita ayuda para buscar un proveedor, use la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en myUHC.com/CommunityPlan. También puede llamar al 1-866-242-7726 para recibir ayuda para buscar un proveedor o programar una cita dental

- Este plan dental ofrece cobertura dental tanto dentro como fuera de la red. Los dentistas fuera de la red no tienen un contrato para aceptar el pago del plan como pago total, por lo que podrían cobrarle más de lo que paga el plan, incluso por los servicios indicados como \$0 de copago. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los beneficios máximos, limitaciones o exclusiones de los servicios dentro de la red.
- Cuando recibe servicios dentales cubiertos de un dentista dentro de la red, este presentará el reclamo en nombre de usted. Cuando consulta a un dentista fuera de la red, a menudo el dentista presenta un reclamo en nombre de usted. Si el dentista no lo hace, usted puede seguir las instrucciones que se indican a continuación para presentarlo directamente:
 - El reclamo presentado debe contener la siguiente información:
 - Nombre completo del miembro y número de ID de miembro
 - Nombre completo y dirección del proveedor
 - Lista de los servicios dentales prestados con los códigos correspondientes de la American Dental Association (ADA)
 - Comprobante de pago, tal como un recibo, una copia del cheque, una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o un resumen de cuenta del proveedor que muestre un pago positivo por los servicios prestados
 - Envíe por correo postal toda la información de reclamos necesaria en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha del servicio a: **P.O. Box 644, Milwaukee, WI 53201**
 - El pago se enviará a la dirección que se indica en su cuenta. Para actualizar su dirección o recibir ayuda para presentar reclamos, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-242-7726, TTY 711.
 - Los reclamos se pagan en un plazo no mayor de 30 días y se enviará una Explicación de Pago (Explanation of Payment, EOP) junto con el cheque de pago
- Los dentistas pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado que detalle los riesgos, los beneficios y los costos de todos los tratamientos recomendados, así como las alternativas a estos. Si usted desea obtener más información sobre la relación entre la cobertura de su plan dental y el tratamiento dental propuesto y sus costos, puede pedir a su dentista que solicite a UHC Dental un cálculo del costo previo al tratamiento. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, puede comunicarse con UHC Dental a través del teléfono o sitio web que se indican en la parte de atrás de su UCard.
- Coordinación de los beneficios (coordination of benefits, COB) – Si además del beneficio dental ofrecido con su plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare usted tiene un plan dental independiente, este se consideraría la cobertura primaria y se debería facturar primero. La cobertura dental asociada con su plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare se consideraría secundaria. Si queda un saldo pendiente después de que la cobertura primaria haya pagado, su proveedor podría facturar a UHC Dental para que considere el pago. UHC Dental reducirá la cantidad permitida (lo que el plan pagará por un servicio cubierto) por lo que pagó la cobertura/el plan primario y está sujeta a los máximos, limitaciones o exclusiones de beneficios.

- Si tiene otras preguntas o desea obtener más información, llame al 1-866-242-7726, TTY 711, o visite myUHC.com/CommunityPlan

Exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
2. Servicios dentales que no son necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice únicamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un centro dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad o lesión dental, o una anomalía dental congénita.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, en investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo sobre Terapéutica Dental de la American Dental Association. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, en investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una enfermedad en particular no implica que tendrá cobertura si el procedimiento se considera experimental, en investigación o no comprobado para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
9. Servicios por lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o de responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a las personas cubiertas de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o por Medicare.
10. Los gastos de los procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta cumpliera los requisitos del plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza, incluso los servicios dentales para los problemas dentales que surgieron antes de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es familiar de la persona cubierta, como un cónyuge, hermanos, padres o hijos.
13. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación, por impuesto sobre las ventas o por duplicar los registros del paciente.
14. Implantes y servicios relacionados con implantes.
15. Blanqueo dental o microabrasión del esmalte
16. Carillas dentales
17. Ortodoncia

18. Liberación sostenida de un medicamento terapéutico (D9613).
19. Exámenes, pruebas de detección de la COVID-19 y vacunas contra esta enfermedad.
20. Cargos relacionados con la administración de casos dentales, la presentación de casos, la consulta con otros profesionales médicos o los servicios de traducción o de lenguaje de señas.
21. Mantenedores de espacio
22. Cualquier procedimiento no especificado según indique el informe (Códigos dentales: D##99).

Exención de responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La American Dental Association publica los cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden cambiar durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.

Sección 3 Servicios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Para los servicios que no están cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), pero que están disponibles a través de DC Medicaid, comuníquese con DC Medicaid a través de la información de contacto que se indica en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta guía.

Sección 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubre Medicare en ningún caso, o que cubre Medicare solo en ciertos casos específicos.

Si usted recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), debe pagarlos, excepto en los casos específicos que se indican a continuación. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es si el servicio se apela y se decide, tras la apelación, que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.)

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.	Es posible que Medicare Original los cubra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o que nuestro plan los cubra. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.)
Habitación privada en un hospital	Con cobertura solamente cuando es médicamente necesario
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico ni paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Servicios domésticos, que incluyen ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Cargos que cobren por cuidado sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Cirugía o procedimientos estéticos	Con cobertura en casos de lesiones accidentales o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo. Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como del seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual de la columna vertebral para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.
Cuidado dental que no es de rutina	El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión podría estar cubierto como cuidado para pacientes hospitalizados o ambulatorios

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y que se incluyen en el costo de dicho aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. (Según se describe específicamente en la tabla de beneficios médicos de este capítulo.)
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	Se proporciona cierta cobertura según las pautas de Medicare. (Según se describe específicamente en la tabla de beneficios médicos de este capítulo o como se detalla en el Capítulo 6.)
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía electivas si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil o suministros anticonceptivos sin receta.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Acupuntura (cubierta por Medicare)	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. (Según se describe específicamente en la tabla de beneficios médicos de este capítulo.)
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales)	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado proporcionado por una entidad de servicios para emergencias, como una unidad de servicios paramédicos, que no proporciona transporte en ambulancia)	Los servicios solamente tienen cobertura si la dirección donde la ambulancia pasa a buscar al paciente se encuentra en las zonas rurales de New York y se cumplen las condiciones correspondientes. Los miembros son responsables de todos los costos del servicio paramédico móvil en los que se incurra fuera de las zonas rurales de New York.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o prótesis que son principalmente para la comodidad o la conveniencia del miembro, o para trasladarse principalmente dentro de la comunidad, que incluyen, entre otros, la remodelación o la modificación del domicilio y del automóvil, y equipos de ejercicio	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Vacunas para viajes al extranjero	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Solicitudes de pago (pedir al plan que pague la parte que le corresponde de los costos) de medicamentos cubiertos enviadas 36 meses después de haber surtido su receta	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Equipos o suministros que acondicionen el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado, y otros equipos que no sean principalmente médicos.	Los artículos desechables o no reutilizables, como los suministros para la incontinencia, no están cubiertos por Medicare, pero pueden estar cubiertos por el beneficio de productos de venta sin receta.
Ningún cuidado que no sea de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso. Los servicios preprogramados, las citas programadas, los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos, aunque esos servicios estén relacionados con una emergencia previa. El cuidado dental fuera de los Estados Unidos no tiene cobertura en ningún caso. Los medicamentos con o sin receta obtenidos fuera de los Estados Unidos no tienen cobertura en ningún caso.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Cuidado requerido de urgencia o de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Con cobertura solamente si usted lo paga directamente y se nos envía para reembolso, o cuando usted solicita el reembolso directamente y podemos hacer los arreglos necesarios para pagarle directamente al proveedor que prestó el servicio. Usted o el proveedor que prestó el servicio deben presentar directamente las facturas y los registros médicos de respaldo. Los servicios o la documentación que nos presenten facturadores externos, intermediarios o compañías de administración de reclamos no son reembolsables. Los costos administrativos para cubrir el costo de facturación no son reembolsables. Los servicios dentales no tienen cobertura en ningún caso. Los medicamentos con o sin receta obtenidos fuera de los Estados Unidos no tienen cobertura en ningún caso.
Gastos de viaje o transporte, que incluyen, entre otros, servicios de ambulancia terrestre o aérea, de un país extranjero a los Estados Unidos.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Gastos de viaje y alojamiento relacionados con trasplantes Los gastos de viaje y alojamiento relacionados con trasplantes no están cubiertos si usted recibe su trasplante en cualquier sitio, ya sea en su estado de residencia o en un estado adyacente a su estado de residencia, o si recibe su trasplante en el estado con el centro de trasplante más cercano a usted (para su tipo de trasplante requerido), independientemente de la distancia. Los siguientes tipos de gastos no son reembolsables: • Alquiler, compra o mantenimiento/ reparación de vehículos • Servicio de auxilio mecánico (asistencia en la carretera) • Gasolina • Viajes en ambulancia terrestre o aérea (podrían estar cubiertos por su beneficio médico) • Viajes terrestres o aéreos no relacionados con citas médicas • Viajes en clase premium, clase ejecutiva o primera clase • Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o centro médico • Depósitos o cargos de alquiler de muebles • Servicios públicos (si se facturan por separado del pago del alquiler) • Llamadas telefónicas, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo • Gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo • Comidas, bocadillos, alimentos o bebidas • Cualquier gasto de alojamiento aprobado que exceda los \$125/día	Los gastos de viaje y alojamiento aprobados cuando usted recibe servicios cubiertos para trasplantes en un sitio que está dentro de la red de trasplantes del plan para el tipo de trasplante que necesita, pero que está fuera del modelo de cuidado de la comunidad de su domicilio, incluyen: Transporte: Millaje de vehículos, tarifa aérea en clase económica, tarifas de taxis o servicios de viajes compartidos. Los servicios de transporte que cumplen los requisitos no están sujetos a un límite diario. Alojamiento: Costos de alojamiento o lugares para quedarse, como hoteles, moteles o viviendas temporales. Usted puede recibir un reembolso de gastos aprobados de alojamiento de hasta \$125 por cada día en total. Dado que los centros de trasplantes aprobados por Medicare no están disponibles para todos los tipos de trasplante en todos los estados, es posible que el modelo de cuidado de su comunidad local para trasplantes requiera que usted viaje una cierta distancia para recibir su trasplante. Los gastos de viaje y alojamiento relacionados con trasplantes no son reembolsables si usted recibe un trasplante en cualquier sitio, ya sea en su estado de residencia o en un estado adyacente a su estado de residencia, o si recibe su trasplante en el estado con el centro de trasplante más cercano a usted (para su tipo de trasplante requerido), independientemente de la distancia. La presentación del formulario de reembolso del viaje para el trasplante se debe realizar en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto de viaje o alojamiento.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Gastos de viaje y alojamiento relacionados con trasplantes (continuación) Los costos de viaje y alojamiento relacionados con trasplantes no están cubiertos, a menos que usted sea miembro de UnitedHealthcare Medicare Advantage en el momento en que reciba su trasplante y en el momento en que se incurra en los gastos relacionados con el trasplante. Los costos de viaje y alojamiento relacionados con trasplantes no están cubiertos si usted recibe su trasplante en un sitio que no está dentro de la Red de Trasplantes del plan para el tipo de trasplante que necesita. Los costos de viaje y alojamiento relacionados con trasplantes no están cubiertos para los donantes de trasplantes.	
Medicamentos autoadministrados en un hospital para pacientes ambulatorios	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para comenzar a ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier copago, coseguro, deducible u otras contribuciones de pago del miembro que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida del uso seguro y eficaz de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del miembro en particular, la revisión de evidencia científica publicada y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

Capítulo 5:

Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Dado que cumple los requisitos de DC Medicaid, usted califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de nuestro plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. Dado que usted está inscrito en el programa Ayuda Adicional, es posible que parte de la **información de esta Guía para Miembros sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso**. Le hemos enviado un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos.

Sección 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos relacionados con cuidados para enfermos terminales.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de DC Medicaid. Nuestra Lista de Medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de DC Medicaid.

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe emitirle una receta que sea válida conforme a la ley estatal vigente
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare
- Generalmente, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2 **o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan**)
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos del plan (consulte la Sección 3)

- Su medicamento se debe usar para una “indicación médicamente aceptada”. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o que cuenta con el respaldo de ciertas referencias. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Su medicamento podría requerir la aprobación del plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4.)

Sección 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos 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 sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para buscar una farmacia de la red, consulte su **Directorio de Farmacias**, visite nuestro sitio web (myUHC.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede visitar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para buscar otra farmacia en su área, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el **Directorio de Farmacias**. También puede encontrar información en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Farmacias especializadas

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. Para buscar una farmacia especializada, consulte su **Directorio de Farmacias** (myUHC.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo postal, consulte su **Directorio de Farmacias**, donde podrá buscar las farmacias con servicio de medicamentos por correo dentro de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté dentro de la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará dentro de los 10 días hábiles como máximo. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al Servicio de ayuda para farmacias al 1-877-889-6510, (TTY) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio médico.

La farmacia surtirá automáticamente las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entregará los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, por teléfono o por correo postal.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia surta automáticamente cada nueva receta y le envíe los medicamentos, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Si no desea recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.

Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, usted también tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se le debería estar por acabar su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento. Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igualmente desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se acabe su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, llame a Optum Rx® al 1-877-889-5802.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Mantenga informada a su farmacia de pedidos por correo sobre las mejores maneras de comunicarse con usted para que la farmacia pueda contactarle para confirmar su pedido antes de hacer el envío. Para hacer esto, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo cuando se inscriba en el programa de resurtidos automáticos y también cuando reciba notificaciones sobre próximos envíos de resurtidos.

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

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una enfermedad crónica o a largo plazo.)

1. **Algunas farmacias minoristas** dentro de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** (myUHC.com/CommunityPlan) le indica las farmacias dentro de nuestra red que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está dentro de la red del plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Primero consulte a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos solo en las siguientes circunstancias:

- **Medicamentos con receta para una emergencia médica**

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red que preste servicios las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.
- Los medicamentos con receta surtidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo pedir al plan que le haga un reembolso.) Quizás sea necesario que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan

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

El plan tiene una “**Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**”. En esta **Guía para Miembros, la llamamos Lista de Medicamentos**.

El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de DC Medicaid. Para saber más sobre la cobertura de medicamentos con receta de sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o con DC Medicaid que se indican en el Capítulo 2 de esta guía. Es posible que su plan de salud de Medicaid o DC Medicaid también puedan proporcionar una Lista de Medicamentos de Medicaid que le indique cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la enfermedad para los que se receta, o
- Cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7.)
- En algunos casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que usted pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.)
- Es posible que los medicamentos cubiertos por DC Medicaid no estén incluidos en la Lista de medicamentos de este plan. Si este plan no cubre un medicamento específico, consulte su Lista de Medicamentos de DC Medicaid para saber si el medicamento está cubierto.

Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos que están en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Nivel 1 – Genéricos Preferidos – Medicamentos genéricos de uso común y de menor costo.

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3 – De Marca Preferidos – Muchos medicamentos de marca comunes, llamados de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.

Nivel 3 – Medicamentos de Insulina Cubiertos – Insulinas Cubiertas: 25%, hasta \$35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.¹

Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos – Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

Nivel 5 – De Especialidad – Medicamentos genéricos y de marca muy especiales o de un costo muy alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan. Lo que usted paga por medicamentos de cada nivel de costo compartido se indica en el Capítulo 6.

¹Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o \$35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga \$0.

Sección 3.3 **Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos**

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, usted tiene las siguientes opciones:

1. Consultar la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (myUHC.com/CommunityPlan). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Usar la “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” (myUHC.com/CommunityPlan) a fin de buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma enfermedad. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 4 **Medicamentos con restricciones de cobertura**

Sección 4.1 **Por qué algunos medicamentos tienen restricciones**

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para alentarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo surtirá exactamente el mismo efecto médico que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10mg o 100mg; uno por cada día o 2 por cada día; en tabletas o líquido).

Sección 4.2 **Tipos de restricciones**

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que no le apliquemos la**

restricción, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no su solicitud para no aplicarle la restricción (consulte el Capítulo 9)

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes para crear un medicamento con receta personalizado según las necesidades de un paciente en particular.

¿Mi plan de la Parte D cubre los medicamentos compuestos?

Generalmente, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no tienen cobertura) por su plan. Para que su medicamento compuesto tenga cobertura, es posible que usted tenga que solicitar y recibir una determinación de cobertura aprobada de parte nuestra. Los medicamentos compuestos pueden calificar para la Parte D si cumplen todos los requisitos siguientes:

1. Contienen al menos un ingrediente farmacológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o por los Compendios, y todos los ingredientes del medicamento compuesto (incluso la vía de administración propuesta) cuentan con el respaldo de los Compendios.
2. No contienen un ingrediente farmacológico excluido por la Parte D o no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos
3. No contienen un ingrediente cubierto por la Parte B. (De lo contrario, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D)
4. Son recetados para una indicación médicamente aceptada

La tabla a continuación explica los requisitos básicos para que un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes esté o no cubierto conforme a las reglas de la Parte D, así como los posibles costos para usted.

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B	El medicamento compuesto está cubierto solamente por la Parte B
El medicamento compuesto contiene ingredientes que cumplen los requisitos de la cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D
El medicamento compuesto contiene ingredientes que cumplen los requisitos de la cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto, e ingredientes excluidos de la cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.)	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes excluidos de la cobertura de la Parte D no estarán cubiertos y usted no es responsable del costo de esos ingredientes

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no está aprobado o no cuenta con el respaldo para formular un medicamento compuesto	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. Usted es responsable del costo total

¿Qué tengo que pagar por un medicamento compuesto cubierto?

Un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D podría requerir una determinación de cobertura aprobada para que esté cubierto por su plan. Usted pagará el copago o coseguro por medicamentos no preferidos por los medicamentos compuestos que están aprobados. No se permite ni está disponible ninguna otra reducción del costo compartido de nivel.

Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. Esto se llama “**preautorización**”. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento. Para obtener los criterios de preautorización de nuestro plan, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitar nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero que, por lo general, surten exactamente el mismo efecto, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, y el medicamento A cuesta menos, es posible que el plan le exija que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “**terapia escalonada**”. Para obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitar nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por cada día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por cada día.

Sección 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma o que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra lista de medicamentos (formulario) o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero que la versión de marca que usted desea tomar no.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según se explica en la Sección 4
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que usted cree que debería ser
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que usted piensa que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.**

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene alguna restricción, las siguientes son opciones de lo que puede hacer:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para cumplir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será de al menos 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar un suministro de hasta 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de cuidado a largo plazo podría proporcionar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio.)
- **Para miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos al menos un suministro de emergencia de un medicamento en particular de 31 días, o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.

- **Para miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:**

Podrían ocurrir transiciones imprevistas en cualquier momento, como altas del hospital (incluidos los hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (es decir, cambiar de centro de cuidado a largo plazo, ingresar a un centro de cuidado a largo plazo y salir de uno,

terminar la cobertura de la Parte A dentro de un centro de enfermería especializada o terminar la cobertura de cuidados para enfermos terminales y volver a la cobertura de Medicare). Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o su capacidad para obtener sus medicamentos está restringida de alguna manera, debe usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede pedir un suministro temporal por única vez de al menos 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la Lista de Medicamentos (formulario). Si su médico le emite su receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Usted tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar el medicamento por otro

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda surtirle exactamente el mismo efecto. Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desea. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted actualmente es miembro y un medicamento que toma se quitará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite rápida e imparcialmente.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, las siguientes son las cosas que puede hacer:

Puede cambiar el medicamento por otro

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría surtirle exactamente el mismo efecto. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué pueden hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite rápida e imparcialmente.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 de especialidad no cumplen los requisitos para este tipo de excepción. No bajamos el costo compartido de los medicamentos de este nivel.

Sección 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet con regularidad. A veces, usted recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

• Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y quitar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.

- Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestra Lista de Medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos.
- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
- Podemos hacer estos cambios inmediatamente y avisarle más adelante, incluso si toma el medicamento que quitamos o modificamos. Si usted toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

• Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y quitar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.

- Cuando agregamos otra versión de un medicamento a nuestra Lista de Medicamentos, podemos quitar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos.
- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de al menos 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

• Quitar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.

- A veces, es posible que un medicamento se considere inseguro o se retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted toma ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.

• Realizar otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos

- Una vez que haya comenzado el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos hacer cambios según los recuadros de advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que usted toma, hable con su profesional que receta sobre las opciones que le surtirían el mejor efecto, entre ellas, cambiar a un medicamento diferente para tratar su enfermedad o solicitar una decisión de cobertura para cumplir cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando. Usted o su profesional que receta pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no están descritos anteriormente. En estos casos, los cambios no se aplicarán a usted si está tomando el medicamento cuando se hacen los cambios; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted toma (excepto si es retirado del mercado, si un medicamento genérico reemplaza uno de marca o por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente este tipo de cambios durante el año actual del plan. Usted tendrá que consultar la Lista de Medicamentos del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afectará durante el próximo año del plan.

Sección 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.) Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por DC Medicaid, usted debe pagarlo de su bolsillo.

Las siguientes son 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Nuestro plan no puede cubrir el uso **fuera de la indicación aprobada** de un medicamento cuando el uso no cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. Un uso **fuera de la indicación aprobada** es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos para usted por su cobertura de medicamentos de DC Medicaid. Consulte su Lista de Medicamentos de DC Medicaid para saber si alguno de los medicamentos que se indican a continuación está cubierto:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia o para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se compren pruebas o servicios de monitoreo relacionados solamente del fabricante como condición de venta

Además, si **recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 [los usuarios de TTY deben llamar al 711]). Si tiene cobertura de medicamentos a través de DC Medicaid, es posible que su programa de Medicaid del distrito cubra algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su Distrito para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de DC Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)

Sección 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione su información de ID de miembro de UnitedHealthcare (que se puede encontrar en su tarjeta de ID) a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Usted debe pagar a la farmacia **su** parte del costo cuando pase a retirar su medicamento con receta.

Si no tiene consigo la información sobre su membresía en el plan, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información, o usted puede pedir a la farmacia que consulte la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo.** (Luego puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir un reembolso al plan.)

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

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

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

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

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este usa, siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Farmacias** (myUHC.com/CommunityPlan) para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo o la que este usa forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de rutina a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener más información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Este puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos vigente con nuestro plan.

En general, si usted tiene cobertura de grupo del empleador o de grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será **secundaria** a su cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo paga primero.

Nota especial sobre “cobertura acreditable”:

Cada año, su grupo del empleador o grupo para jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos para el próximo año calendario es “acreditable”.

Si la cobertura del plan de grupo es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Guarde cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si está en un centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare

El centro de cuidados para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que su centro de cuidados para enfermos terminales no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con enfermedades relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados para enfermos terminales, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la entrega de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados para enfermos terminales o profesional que receta que lo notifique antes de que le surtan su receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados para enfermos terminales o que sea dado de alta del centro de cuidados para enfermos terminales, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta del centro.

Sección 10 Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para ayudar a asegurar que nuestros miembros reciban cuidado seguro y apropiado.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. En estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

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

Si advertimos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, es posible que hablemos con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus profesionales que recetan, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos con receta tal vez no sea seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos de ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos de ciertos profesionales que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que usted puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos

medicamentos solamente de un profesional que receta específico o que las surta en una farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirmará la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si usted apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No le incluiremos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos si tiene ciertas enfermedades, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales o cuidado para el final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.2 Programas de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a nuestros miembros que tienen necesidades complejas de salud. Uno de los programas se llama programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para nosotros para ayudar a asegurar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o que participan en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarles a usar los opioides de manera segura podrían recibir servicios a través de un programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que usted debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros que participen en el programa de Manejo de Terapias de Medicamentos recibirán información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve su resumen a la visita o téngalo consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su ID) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, usamos “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Dado que cumple los requisitos de DC Medicaid, usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. Dado que usted está inscrito en el programa “Ayuda Adicional”, **es posible que parte de la información de esta Guía para Miembros sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”.

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas — Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Para comprender la información sobre pagos, usted debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas. Cuando usted usa la “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (myUHC.com/CommunityPlan), el costo que aparece muestra un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener la información proporcionada por la “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real”, también puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que usted podría pagar por medicamentos cubiertos

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

- **“Deducible”** es lo que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **“Copago”** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **“Coseguro”** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué **no** cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Las siguientes son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- Lo que usted paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
- Todo pago que usted haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Todo pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Todo pago realizado por sus medicamentos por el programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Cuándo pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:

Cuando usted (o quienes pagan en nombre de usted) haya gastado un total de \$2,100 gastos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- La prima mensual
- Medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que usted obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple los requisitos de nuestro plan para obtener cobertura fuera de la red
- Medicamentos cubiertos por DC Medicaid solamente
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VHA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos con receta (por ejemplo, Seguro de Accidentes Laborales)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuento de Fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga la totalidad o parte de los gastos de su bolsillo por los medicamentos, usted tiene la obligación de informárselo a nuestro plan. Para ello, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cómo realizar un seguimiento de los gastos totales de su bolsillo

- La Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que usted reciba incluye el total actual de los gastos de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$2,100, la Explicación de Beneficios de la Parte D le dirá que usted dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.1 indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

Sección 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Lo que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que usted se encuentre cuando surta o resurta una receta. En este capítulo se explica cada etapa en detalle. Las etapas son:

- **Etapas 1: Etapa del Deducible Anual**
- **Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial**
- **Etapas 3: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores**

Sección 3 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted realiza cuando obtiene medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando pase de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de 2 tipos de costos:

- **Gastos de Su Bolsillo:** esto es lo que usted pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por el programa “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (SPAP).
- **Costos Totales de Sus Medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona información detallada sobre el pago de los medicamentos con receta que usted surtió durante el mes anterior. Indica los costos totales de sus medicamentos, lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que otros pagaron en nombre de usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Indica los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total de los medicamentos y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido por cada reclamo de medicamentos con receta, si corresponde.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza por los medicamentos, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su UCard cuando surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conozcamos las recetas que surte y lo que usted paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que usted podría pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos de su bolsillo; envíenos copias de estos recibos. Ejemplos de las situaciones en las que usted debería darnos copias de sus recibos de pago de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados por un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - En cualquier momento en que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros realicen por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la Explicación de Beneficios de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede ver su Explicación de Beneficios en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan. Asegúrese de guardar estos informes.

Sección 4 La Etapa del Deducible

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben el programa “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa del Deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe el programa “Ayuda Adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el documento aparte (la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”) para obtener información sobre su deducible.

Si **no** recibe el programa “Ayuda Adicional”, la Etapa del Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$615 en medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance el deducible de nuestro plan. Por todos los demás medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. El “**costo total**” generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos de suministro para medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que usted paga \$615 por sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, deja la Etapa del Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

Sección 5 La Etapa de Cobertura Inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar en que surta su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el número del nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Nivel 1 – Genéricos Preferidos – Medicamentos genéricos de uso común y de menor costo.

Nivel 2 – Genéricos – Muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3 – De Marca Preferidos – Muchos medicamentos de marca comunes, llamados de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.

Nivel 3 – Medicamentos de Insulina Cubiertos – Insulinas Cubiertas: 25%, hasta \$35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. 1

Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos – Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

Nivel 5 – De Especialidad – Medicamentos genéricos y de marca muy especiales o de un costo muy alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está dentro de la red del plan. Cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro 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 (**myUHC.com/CommunityPlan**).

¹Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o \$35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga \$0.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

El coseguro es una parte del costo total, generalmente como un porcentaje. Con este plan, usted paga parte del costo de los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Por ejemplo, si su coseguro es del 25% y el costo total de su medicamento con receta es de \$100, usted pagaría \$25. El plan paga el resto. Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible, y luego comenzará a pagar el coseguro.

La cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Si califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta, sus costos por su medicamento con receta de la Parte D de Medicare serán menores que los que se indican en la tabla a continuación. Si usted tiene cobertura de Medicare y de DC Medicaid, califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional. Los miembros con los ingresos y recursos más bajos cumplen los requisitos para recibir el mayor nivel de asistencia del programa Ayuda Adicional. (Consulte su Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para obtener más información sobre los costos reales de sus medicamentos.)

Para los Miembros que Califican para el Programa “Ayuda Adicional”:

Por medicamentos genéricos (incluso los medicamentos que se consideran como genéricos), ya sea:

- \$0
- \$1.60
- \$5.10

Por todos los demás medicamentos

- \$0
- \$4.90
- \$12.65

Si NO califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta, usted pagará lo siguiente por sus medicamentos con receta cubiertos:

Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido en una farmacia minorista estándar y de pedidos por correo^ (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en una farmacia de cuidado a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada.) (un suministro de hasta 30 días)
Costo Compartido Nivel 1 Genéricos Preferidos	Farmacia minorista estándar: \$0 de copago Farmacia estándar de pedidos por correo: El pedido por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 1.	\$0 de copago	\$0 de copago *
Costo Compartido Nivel 2 Genéricos	Farmacia minorista estándar: 25% de coseguro Farmacia estándar de pedidos por correo: El pedido por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 2.	25% de coseguro	25% de coseguro *

Nivel	Costo compartido en una farmacia minorista estándar y de pedidos por correo^ (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en una farmacia de cuidado a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada.) (un suministro de hasta 30 días)
Costo Compartido Nivel 3 De Marca Preferidos	Farmacia minorista estándar: 25% de coseguro Farmacia estándar de pedidos por correo: El pedido por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.	25% de coseguro	25% de coseguro*
Costo Compartido Nivel 3 Medicamentos de Insulina Cubiertos ¹	Farmacia minorista estándar: 25% de coseguro, hasta \$35 de copago Farmacia estándar de pedidos por correo: El pedido por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.	25% de coseguro, hasta \$35 de copago	25% de coseguro, hasta \$35 de copago*
Costo Compartido Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	Farmacia minorista estándar: 25% de coseguro Farmacia estándar de pedidos por correo: 25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro*
Costo Compartido Nivel 5 De Especialidad	Farmacia minorista estándar: 25% de coseguro Farmacia estándar de pedidos por correo: 25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro*

[^]Los costos compartidos en farmacias de pedidos por correo de los Niveles 1, 2 y 3 se limitan a un suministro a largo plazo de 100 días. Consulte la tabla de suministros a largo plazo a continuación para obtener información detallada sobre lo que usted paga.

*No le reembolsarán la diferencia entre el cargo de farmacia fuera de la red y la cantidad permitida dentro de la red del plan.

¹Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o \$35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga \$0.

Algunos medicamentos son envasados por el fabricante en cantidades que exceden un suministro de 1 mes y no se pueden dividir. Si es así, es posible que le cobren más de un copago o coseguro por un solo medicamento con receta.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido por las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, lo que usted paga por un medicamento cubre un suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quisieran que usted obtenga menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, si va a probar un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos de un suministro de un mes completo si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido del plan.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga el número de días del medicamento que obtiene en lugar de un mes completo. Calculamos lo que usted paga por cada día de medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que obtiene.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días.

Si califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta, sus costos por su medicamento con receta de la Parte D de Medicare serán menores que los que se indican en la tabla a continuación. Si usted tiene cobertura de Medicare y de DC Medicaid, califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional. Los miembros con los ingresos y recursos más bajos cumplen los requisitos para recibir el mayor nivel de asistencia del programa Ayuda Adicional. (Consulte la información de su Subsidio para Personas de Bajos Ingresos para obtener más información sobre los costos reales de sus medicamentos.)

Para los Miembros que Califican para el Programa “Ayuda Adicional”:

Por medicamentos genéricos (incluso los medicamentos que se consideran como genéricos), ya sea:

- \$0
- \$1.60
- \$5.10

Por todos los demás medicamentos

- \$0
- \$4.90
- \$12.65

Si NO califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta, usted pagará lo siguiente por sus medicamentos con receta cubiertos:

Algunos medicamentos son envasados por el fabricante en cantidades que exceden un suministro de 3 meses y no se pueden dividir. Si es así, es posible que le cobren más de un copago o coseguro por un solo medicamento con receta.

Sus costos por un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Costo compartido en una farmacia de pedidos por correo (suministro de 100 días)
Nivel 1 de Costo Compartido Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de Costo Compartido Genéricos	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 3 de Costo Compartido De Marca Preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro

Nivel	Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Costo compartido en una farmacia de pedidos por correo (suministro de 100 días)
Nivel 3 de Costo Compartido Medicamentos de Insulina Cubiertos ¹	25% de coseguro, hasta \$105 de copago	25% de coseguro, hasta \$105 de copago
Nivel 4 de Costo Compartido Medicamentos No Preferidos ²	Los medicamentos del Nivel 4 no tienen disponible un suministro a largo plazo.	Los medicamentos del Nivel 4 no tienen disponible un suministro a largo plazo.
Nivel 5 de costo compartido De Especialidad ²	Los medicamentos del Nivel 5 no tienen disponible un suministro a largo plazo.	Los medicamentos del Nivel 5 no tienen disponible un suministro a largo plazo.

¹Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o \$105 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 3 meses de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga \$0.

²Se limitan a un suministro de 30 días

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los gastos de su bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de gastos de su bolsillo alcance los **\$2,100**. Luego pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

La Explicación de Beneficios de la Parte D que usted reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto ha gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en nombre de usted por sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,100 en un año.

Si usted alcanza esta cantidad, le avisaremos. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo.

Sección 6 La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

- En la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Sección 7 Información adicional sobre beneficios

Esta parte del Capítulo 6 trata sobre las limitaciones de nuestro plan.

1. Los medicamentos no estarán cubiertos si los recetan médicos u otros proveedores que estén excluidos o impedidos de participar en el programa de Medicare.
2. Si opta por participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, ya no pagará a la farmacia cuando compre un medicamento con receta de la Parte D cubierto. Su plan pagará a la farmacia en nombre de usted y le enviará una factura mensual por los costos de sus medicamentos con receta. Usted seguirá recibiendo una factura aparte por la prima mensual del plan si tiene una. Asegúrese de pagar cada factura por separado y no combine pagos.
3. Los reclamos cubiertos por la Parte B o cualquier cobertura adicional (que no sea la Parte D) están excluidos del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.

Sección 8 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726, TTY 711, para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

- La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces, a esto se le llama administración de la vacuna.)

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización y a usted no le cuestan nada.

2. **Dónde recibe la vacuna.**

La vacuna en sí puede ser suministrada por una farmacia o por el consultorio médico.

3. **Quién le aplica la vacuna.**

Un farmacéutico u otro proveedor pueden aplicarle la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede aplicársela en el consultorio médico.

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

- Cuando usted reciba una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor se la aplique. Puede pedir a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que le reembolsarán el costo total que usted pagó.
- Otras veces que reciba una vacuna, usted paga solamente su parte del costo conforme a su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación encontrará 3 ejemplos de maneras en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La posibilidad de que usted tenga esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas.)

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

Situación 2: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando usted reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor se la aplique.
- Luego, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán el total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, le reembolsarán lo que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Por otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán el total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, le reembolsarán lo que pagó menos cualquier coseguro o copago por la administración de la vacuna.

Capítulo 7:

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente a nuestro plan sus servicios y medicamentos cubiertos — usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total del cuidado médico o de los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó un servicio o un artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedir a nuestro plan que le reembolse lo que usted pagó (esto se suele llamar hacerle un reembolso). Tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir plazos para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o los medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que usted reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que usted recibió o, por más que su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si no resulta, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Usted nunca debería pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted tiene derecho al tratamiento de todas maneras.

Ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que pida a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando recibió cuidado médico de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan

Cuando reciba cuidado de un proveedor en los Estados Unidos que no forma parte de nuestra red, pídale que facture al plan.

- Los proveedores de servicios para emergencias tienen la obligación legal de proporcionar cuidado de emergencia. Usted solamente es responsable de pagar su parte del costo por los servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia. Si paga el total de su bolsillo cuando recibe el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Si paga el total de su bolsillo cuando recibe el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- **Tenga en cuenta que:** Mientras pueda recibir su cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto el cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que haya decidido dejar de participar en el Programa de Medicare, o que haya sido excluido o impedido de participar en él. Si el proveedor no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.
- También puede recibir servicios para emergencias o requeridos de urgencia de un proveedor fuera de los Estados Unidos. Si recibe servicios para emergencias o requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, es posible que el proveedor le exija que pague el costo de los servicios en su totalidad. Pida una factura o un recibo detallado por escrito que indique los servicios específicos que le prestaron. Envíenos una copia de la factura detallada o un recibo detallado para que le hagamos un reembolso. Usted debería estar preparado para ayudarnos a obtener toda la información necesaria para procesar correctamente su solicitud de reembolso, incluidos los registros médicos. El cuidado de emergencia y requerido de urgencia en el extranjero está cubierto solamente si usted lo paga directamente y se nos envía para reembolso, o cuando usted solicita el reembolso directamente y podemos hacer los arreglos necesarios para pagarle directamente al proveedor que prestó el servicio. Usted o el proveedor que prestó el servicio deben presentar directamente las facturas y los registros médicos de respaldo. Los servicios o la documentación que nos presenten facturadores externos, intermediarios o compañías de administración de reclamos no son reembolsables.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Pero, en ocasiones, cometen errores y le piden a usted que pague más que su parte del costo.

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad superior a la que usted piensa que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Pídanos que le hagamos un reembolso de la diferencia entre lo que usted pagó y lo que debería haber pagado conforme a nuestro plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

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

Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva y usted pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe presentar documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos su reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente ante nosotros. Cuando esto ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo nuestra UCard

Si no lleva consigo nuestra UCard, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o que consulte la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

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

Es posible que pague el costo total del medicamento con receta porque se entera de que, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, tal vez el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se debería aplicar a su caso. Si usted decide obtenerlo inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le hagamos un reembolso. En algunos casos, es posible que su médico deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

7. Cuando utiliza su cobertura mundial de servicios para emergencias, de servicios mundiales requeridos de urgencia o de transporte mundial de emergencia

Importante: Si es admitido en un hospital después de una emergencia médica mientras viaja fuera de los Estados Unidos, llame a Servicio al Cliente inmediatamente al número que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud. Esto asegura la coordinación oportuna del cuidado y el acceso al apoyo.

Usted pagará el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos en el momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nuestra parte, debe hacer lo siguiente:

- Pague su factura en el momento de recibirla. Le reembolsemos la diferencia entre la cantidad de su factura y su costo compartido por los servicios, según lo descrito en el Capítulo 4 y en las secciones de Exclusiones de este documento.
- Guarde todos sus recibos y envíenos copias cuando nos pida que le hagamos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su parte o del proveedor que le prestó los servicios para que le hagamos el reembolso de nuestra parte del costo.
- Si se le pide que pague su factura por los servicios mundiales para emergencias y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos trabajar directamente con el proveedor de servicios para ayudar a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted. Usted debe solicitar el pago por servicios en el extranjero y usted o el proveedor que prestó el servicio deben presentar toda la documentación directamente ante nosotros.
- Las solicitudes de pago de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos que sean independientes del proveedor que prestó el servicio no son reembolsables. Nunca proporcionamos formularios a proveedores extranjeros, compañías de administración de reclamos o facturadores externos que requieran su firma o un depósito o pago de su parte para que usted reciba nuestro reembolso. En algunos países, es posible que se le solicite pagar un depósito o firmar formularios, y el proveedor indicará que cobrará el resto directamente a nosotros. Sin embargo, los formularios que nos envíe un proveedor extranjero, una compañía de administración de reclamos o un facturador externo en nombre de usted no serán reembolsados por nosotros, aunque esos formularios incluyan el nombre o el logotipo de UHC. Solo consideraremos las solicitudes que usted nos presente directamente para obtener el reembolso de servicios médicos que reciba de un proveedor extranjero. Esto nos permite confirmar que usted recibió los servicios y que le reembolsarán la misma cantidad que le facturaron o que se pagó en el momento en que se prestó el servicio.

- Si recibe servicios en un país extranjero que no sean servicios mundiales requeridos de urgencia o para emergencias cubiertos según se describe en esta Evidencia de Cobertura, usted es completamente responsable del pago de esos servicios. Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos que no se describan explícitamente como cubiertos en esta Evidencia de Cobertura.
- Usted debe solicitar el reembolso al Plan de Salud en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que se reciban los servicios. Debe proporcionar la siguiente documentación junto con su presentación:
 1. Una factura detallada del centro, que incluya el nombre del hospital, su nombre, las fechas de estadía, una lista de cargos, una breve descripción de cada cargo y un total.
 2. Un recibo o comprobante de pago que demuestre que se pagó la cantidad indicada en la factura. Los comprobantes de pago aceptables son un recibo de la tarjeta de crédito, un cheque cancelado o un resumen de cuenta del banco. Para los pagos en efectivo, se acepta una factura detallada del proveedor que muestre el pago en efectivo y que detalle cualquier saldo restante.
 3. Una copia del registro médico o de la documentación que describa la situación médica y el tratamiento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 2 Cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió

Para pedirnos que le hagamos un reembolso, puede enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**myUHC.com/CommunityPlan**) o llame a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíenos por correo postal su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos de los pagos a la siguiente dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

Optum Rx

P.O. Box 650287

Dallas, TX 75265-0287

Solicitudes de pago de reclamos médicos:

UnitedHealthcare

P.O. Box 5240

Kingston, NY 12402-5240

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Sección 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o denegaremos

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte del cuidado médico o del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que nos hemos equivocado al denegar su solicitud de pago o con respecto a lo que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada 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**

Sección 1.1 **Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales médicos y proveedores, y sobre los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro plan tiene la obligación de asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos quienes tienen una competencia limitada del inglés, una capacidad limitada de lectura o una incapacidad auditiva, o quienes tienen distintos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de interpretación, teletipos o conexión al servicio de TTY (teléfono de texto o teletipo).

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le proporcionemos información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente al número 1-866-242-7726 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las miembros la opción de tener acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios para el cuidado de la salud preventivo y de rutina de la mujer.

Si los proveedores dentro de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especialistas fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, usted solamente pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay ningún especialista dentro de la red de nuestro plan que preste un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde debe ir para recibir este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 You have a right to receive information about the organization, its services, its practitioners and providers and enrollee rights and responsibilities. We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

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

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Enrollee Services number at 1-866-242-7726 for additional information (TTY users should call 711).

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

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

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

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor dentro de la red de nuestro plan para que le preste los servicios cubiertos y haga los arreglos necesarios para estos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una referencia.

Usted tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan, **dentro de un plazo razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted necesite ese cuidado. Usted también tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención

Si necesita hablar o hacer una consulta con su proveedor de cuidado primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su proveedor de cuidado primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le informará cómo proceder.

Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y del distrito protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal según lo exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que sus registros no sean consultados ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si pretendemos dar su información de salud a cualquier persona que no esté proporcionando su cuidado o pagándolo, primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado.

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que proporcionemos a Medicare su información de salud, que incluye la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según los estatutos y normas federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de forma exclusiva.

Usted puede consultar la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con terceros

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos en poder de nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted para su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso vigente.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.

- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud o los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos,** por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar y de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.

- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o médico legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales o Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y del distrito pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su UCard.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su**

solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo. Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.

- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley del distrito y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia de cierta información de salud.** Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su UCard.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-242-7726, o al TTY/RTT 711.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a:
UnitedHealthcare Privacy Office MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440

- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite **es.uhc.com/privacy/entities-fn-v2**.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su UCard

o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-242-7726, o al TTY/RTT 711.

² A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC;

Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite es.uhc.com/privacy/entities-fn-v2.

© 2024 United HealthCare Services, Inc.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte. Es posible que también le llamemos de vez en cuando para informarle sobre otros productos y servicios de Medicare que ofrecemos. Llame a Servicio al Cliente si desea dejar de recibir estas llamadas o desea obtener alguno de los siguientes tipos de información:

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.**
 - Usted tiene derecho a obtener información sobre los títulos académicos y las habilitaciones de los proveedores y las farmacias dentro de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que usted debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está limitada. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 **Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud**

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento **de una manera que usted pueda comprender**.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones, junto con sus médicos, sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe informar por anticipado si algún tratamiento o cuidado médico propuesto es parte de un experimento en investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a “negarse”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si lo desea**, puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar instrucciones antes de que surjan estas situaciones se llaman **instrucciones por anticipado**. Documentos como un **testamento vital y poder legal para el cuidado de la salud** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si usted desea usar una “instrucciones por anticipado”, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga un formulario.** Puede solicitar un formulario de instrucciones por anticipado a su abogado, a un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede pedir formularios de instrucciones por anticipado a organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para recibir ayuda para encontrar un formulario de instrucciones por anticipado.

- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente del lugar en que obtenga este formulario, es un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas indicadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó un formulario de instrucciones por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Llenar un formulario de instrucciones por anticipado es su elección (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle según si ha firmado o no un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Y si no se siguen sus instrucciones?

Si firma un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la agencia específica del distrito correspondiente, por ejemplo, su Departamento de Salud del Distrito. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener información de contacto sobre la agencia que corresponde a su distrito.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización o el cuidado que proporciona. Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga — de que solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o presente una queja — **tenemos la obligación de tratarle de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no es un asunto de discriminación, puede recibir ayuda para tratar su problema en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud local al 1-202-724-5626.**
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).**

Sección 1.8 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Para obtener información sobre el programa de calidad de su plan de salud específico, llame a Servicio al Cliente. También puede acceder a esta información en Internet en es.uhc.com/medicare/resources.html. Abra la sección “Información adicional y formularios de Medicare” y elija “Encuentra información”. Luego, elija “Otros recursos e información del plan” y luego “Commitment to quality” (Compromiso con la calidad).
- **Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud local al 1-202-724-5626.**
- Comuníquese con **Medicare**.
 - Visite es.medicare.gov para leer la publicación Derechos y Protecciones de Medicare (disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/11534-s-medicare-rights-and-protections.pdf>)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.9 Sus derechos según lo exigido por el Distrito

Sus derechos

- A saber que, cuando habla con sus médicos y otros proveedores, la conversación es privada
- A que le expliquen una enfermedad o tratamiento en un idioma que pueda entender
- A participar en las decisiones sobre su cuidado, incluso el derecho a rehusarse a recibir tratamiento
- A recibir una explicación completa, clara y comprensible de las opciones de tratamiento y de los riesgos de cada opción para que pueda tomar una decisión informada
- A rehusarse a recibir tratamiento o cuidado

- A consultar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar una enmienda o un cambio, si hay algo incorrecto
- A no ser objeto de ningún tipo de restricción o reclusión usada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- A recibir acceso a servicios para el cuidado de la salud que estén disponibles y accesibles para usted oportunamente.
- A elegir un proveedor de cuidado primario dentro de la red de nuestro plan que cumpla los requisitos y a cambiar el que ya tiene
- A presentar una queja formal sobre el cuidado que le proporcionaron y a recibir una respuesta
- A solicitar una apelación o una Audiencia Imparcial si cree que nuestro plan se equivocó al denegar, reducir o interrumpir un servicio o artículo
- A recibir servicios y suministros para la planificación familiar de parte del proveedor de su elección
- A obtener cuidado médico sin demoras innecesarias
- A recibir una segunda opinión de parte de un profesional de cuidado de la salud calificado dentro de la red o, si es necesario, a obtener una fuera de la red, sin costo para usted
- A recibir información sobre las instrucciones por anticipado y a elegir no recibir ningún tratamiento que mantenga la vida o no continuar con dicho tratamiento
- A recibir una copia de la Guía para Miembros o del Directorio de Proveedores de nuestro plan
- A continuar con el tratamiento que está recibiendo actualmente hasta que tenga un nuevo plan de tratamiento
- A recibir servicios de traducción e interpretación sin cargo
- A rehusarse a recibir servicios de interpretación oral
- A recibir servicios de transporte sin cargo
- A obtener una explicación de los procedimientos de preautorización
- A recibir información sobre la situación financiera de nuestro plan y sobre cualquier método especial con el que paguemos a nuestros médicos
- A obtener resúmenes de las encuestas de satisfacción de los clientes
- A recibir la norma “Dispense as Written” (Dispensar tal como se Indica) de nuestro plan para los medicamentos con receta
- A recibir una lista de todos los medicamentos cubiertos
- A ser tratado con respeto y consideración por su dignidad y derecho a la privacidad

Hay varios lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía)
- Puede comunicarse con Medicare

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/11534-s-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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede comunicarse con DC Medicaid
 - Puede visitar el sitio web del Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (<https://dhcf.dc.gov/page/district-dual-choice-d-snps>)
 - Puede llamar al Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Finance) al 1-202-442-9533, de lunes a viernes, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m., hora del Este
 - Puede llamar a la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos del Distrito al 202-724-7491, TTY 711

Sección 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta **Guía para Miembros** para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información detallada sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información detallada sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted tiene alguna otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnoslo.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su UCard y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba cuidado médico o medicamentos de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y a otros proveedores al proporcionarles información, hacer preguntas y seguir todas las indicaciones sobre su cuidado.**
 - Para ayudar a recibir el mejor cuidado, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que usted está tomando, incluso los medicamentos sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.

- **Ser considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio médico, de los hospitales y de otros sitios similares.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, DC Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califican para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si DC Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Por la mayoría de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento.
 - Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.
 - Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a que sus ingresos son más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - **Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
 - **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, dígaselo al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

Capítulo 9:

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

Sección 1 Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted usa para resolver su problema depende de 2 cosas:

1. Si su problema es sobre beneficios cubiertos por **Medicare** o por **DC Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de DC Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicio al Cliente.
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe usar y qué debería hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo incluyen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “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 en riesgo”; y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También usa la menor cantidad de siglas posible.

Sin embargo, puede ser útil —y, a veces, muy importante— que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con más precisión para recibir la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales con la información detallada para tratar tipos de situaciones específicos.

Sección 2 **Dónde obtener más información y ayuda personalizada**

Nosotros siempre estamos a su disposición para ayudarle. Aunque usted tenga una queja sobre cómo le tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden explicarle qué proceso debe usar para resolver un problema que usted tenga. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que puede hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda.

- Llame 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.
- Visite es.medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de DC Medicaid

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con DC Medicaid. Hay dos formas de obtener información directamente de DC Medicaid:

- Puede llamar al 1-202-671-4200. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Puede visitar el sitio web de DC Medicaid (<https://dhs.dc.gov/service/medical-assistance>).

Sección 3 **Qué proceso usar para su problema**

Dado que usted tiene Medicare y recibe ayuda de DC Medicaid, tiene diferentes procesos que puede usar para resolver su problema o queja. El uso de uno u otro proceso dependerá de que el problema se trate de los beneficios de Medicare o de los beneficios de DC Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por DC Medicaid, use el proceso de DC Medicaid. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de DC Medicaid, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El proceso de Medicare y el proceso de DC Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use la tabla a continuación.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de DC Medicaid?

Si desea ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de DC Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente.

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es sobre la cobertura de **DC Medicaid**.

Consulte la **Sección 12, Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de DC Medicaid**.

Problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4 Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, use esta tabla

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico (artículos o servicios médicos, o medicamentos de la Parte B) tienen cobertura o no, y la manera en que están cubiertos, así como los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.

Consulte la **Sección 5, Guía para las decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas**.

Sección 5 Guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Reciba ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas sobre sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a esos artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como cuidado médico. Use el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo tiene o no tiene cobertura, y la manera en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted desea saber si cubriremos cuidado médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que la Guía para Miembros aclare que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubramos un servicio médico en particular o si se rehúsa a proporcionar cuidado médico que usted cree que necesita. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud.

Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el cuidado médico no tiene cobertura o que ya no está cubierto para usted. Si usted no está de acuerdo 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 usted reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

En determinadas circunstancias, usted puede solicitar una apelación rápida de una decisión de cobertura. Los revisores que están a cargo de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original. Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente.

Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación relacionada con el cuidado médico de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare nos exigen que enviemos automáticamente su apelación relacionada con el cuidado médico al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones relacionadas con el cuidado médico de Nivel 2, consulte la Sección 6.4 de este capítulo.
- En la Sección 7 de este capítulo, se proporciona más información sobre las apelaciones de la Parte D.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

A continuación, encontrará recursos en caso de que decida solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Reciba ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede presentar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pedir el formulario de Nombramiento de Representante. (El formulario también está disponible en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf.)
 - Si se trata de cuidado médico, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si se trata de medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, su médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de Nombramiento de Representante. (El formulario también está disponible en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en nombre de usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Hay asociaciones que le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona información detallada para su situación?

Hay 4 situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos información detallada de cada una de estas situaciones en este capítulo:

- **Sección 6:** Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que le darán de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto (**Solo se aplica a los siguientes servicios:** cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede recibir ayuda o información de parte de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

Sección 6 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Sus beneficios por cuidado médico se describen en el Capítulo 4 en la **tabla de beneficios médicos**. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud para obtener un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No recibe cierto cuidado médico que desea y cree que nuestro plan cubre ese cuidado. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que ese cuidado está cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por nuestro plan, pero hemos denegado el pago de ese cuidado. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó cuidado médico que cree que debería estar cubierto por nuestro plan, y desea pedir a nuestro plan que le reembolse el costo de ese cuidado. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que se reducirá o interrumpirá la cobertura de cierto cuidado médico que usted ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente, y cree que dicha reducción o interrupción de ese cuidado podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos Legales

Una decisión de cobertura que está relacionada con su cuidado médico se llama **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación rápida**.



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

Una decisión de cobertura estándar se suele tomar en un plazo no mayor de 7 días calendario o cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de preautorización, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo no mayor de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir 2 requisitos:

- **Solamente puede solicitar** la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional**.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente concederle una decisión de cobertura rápida.

Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explicará que usaremos los plazos estándar.
- Explicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
- Explicará que usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.



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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que usted desea. Pueden hacerlo usted, su médico o su representante. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.



Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud **para obtener un artículo o servicio médico** que esté sujeto a nuestras reglas de preautorización. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de preautorización, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para obtener un **medicamento de la Parte B**, le daremos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas.)

Para las decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo rápido.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo no mayor de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 11.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta.



Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted puede apelar.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a pedir obtener la cobertura de cuidado médico que usted desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se llama **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se llama **reconsideración rápida**.



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

Una apelación estándar se suele realizar en un plazo no mayor de 30 días calendario o de 7 días calendario en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas.

- Si usted apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado, usted o su médico deben decidir si usted necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le concederemos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, según se describen en la Sección 6.2.



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

- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**



Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podríamos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que enviemos automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si Aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B que no obtuvo aún, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su estado de **salud** lo requiere, le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
 - Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 11.)
 - Si no le damos una respuesta en ese plazo (o antes de que termine el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- Si nuestro plan deniega de manera total o parcial su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos Legales	El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) .
-------------------------	--

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.



Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama su expediente del caso. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.



Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o un servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas o prestar el servicio en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de solicitudes estándar, o bien, debemos prestar el servicio en un

plazo no mayor de 72 horas a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de solicitudes rápidas.

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o bien, en un plazo no mayor de 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama ratificar la decisión o rechazar su apelación.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explicará la decisión.
 - Le notificará su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará el valor monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - Le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.



Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 10 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico

El Capítulo 7 describe cuándo usted podría necesitar pedir el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago.

Pedir un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que usted pagó está cubierto. También verificaremos si usted siguió las reglas para usar su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago del costo generalmente en un plazo no mayor de 30 días calendario, pero sin exceder los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si usted aún no pagó el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si denegamos su solicitud:** Si el cuidado médico **no** está cubierto o si usted **no** siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indicará que no pagaremos el cuidado médico, además de los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegación, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la

Sección 6.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta que:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que usted pidió a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.

Sección 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.) Para obtener información detallada sobre las reglas, las restricciones, los costos y los medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D en cada caso. También usamos el término Lista de Medicamentos en lugar de Lista de Medicamentos Cubiertos o formulario.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal	Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “ determinación de cobertura ”.
----------------------	--

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Desea pedir que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos** del plan **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Desea pedir que no se aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener, los criterios de preautorización o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Desea pagar un costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que está en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Desea solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Desea pedir que se pague un medicamento con receta que usted ya compró. **Pídanos que le hagamos un reembolso. Sección 7.4**

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos Legales	Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se dice solicitar una “excepción al formulario”. Pedir que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una “excepción al formulario”. Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se dice solicitar una “excepción de nivel”.
-------------------------	---

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Los siguientes son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted tendrá que pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del **Nivel 4**.
No puede solicitar una excepción al costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos**. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, usted puede solicitar una excepción al copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra **Lista de Medicamentos** contiene medicamentos alternativos para tratar su enfermedad que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su enfermedad.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su enfermedad.
 - Usted no puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5, De Especialidad.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. A estas diferentes posibilidades se les llama medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo podría surtir exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de menor costo compartido no le surtan el mismo efecto o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación permanece vigente hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Términos Legales	Una “decisión de cobertura rápida” se llama “ determinación de cobertura rápida ”.
-------------------------	---



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

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman en un plazo no mayor de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un **medicamento que usted aún no recibió**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.)
- Los plazos estándar podrían **afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional**.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni del profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explicará que usaremos los plazos estándar.

- Explicará que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
- Le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de recibirla.



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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura para el medicamento con receta que usted desea. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud presentada en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web (myUHC.com/CommunityPlan). La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Pueden hacerlo usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. Un abogado también puede actuar en nombre de usted. La Sección 4 explica cómo usted puede autorizar por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo, que contiene las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O bien, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos por correo postal o por fax la declaración por escrito, si es necesario.



Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.

- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, también se nos exige que le realicemos el pago en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.



Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a pedir obtener la cobertura del medicamento que usted desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales	Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D se llama “redeterminación” del plan. Una “apelación rápida” también se llama “redeterminación rápida”.
-------------------------	---



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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo no mayor de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 7.4 de este capítulo.



Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una apelación rápida.

- **Para presentar apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Para presentar apelaciones rápidas, preséntelas por escrito o llámenos al 1-866-242-7726.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web (myUHC.com/CommunityPlan). Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.



Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si usted aún no recibió el medicamento y si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura con la rapidez que requiera su salud, pero **sin exceder los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó**, también se nos exige que le paguemos en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le explicaremos cómo puede apelar.



Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos Legales

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente (IRE).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.



Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestro plan deniega su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones explicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no terminamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación en riesgo conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la Entidad de Revisión Independiente.

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama su expediente del caso. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**



Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que la reciba si está relacionada con un medicamento que usted aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.



Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones “rápidas”

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

En el caso de las apelaciones “estándar”

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud de cobertura**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud para que le reembolsemos el costo** de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente deniega su apelación?

Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama ratificar la decisión. También se le llama denegar su apelación.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explicará la decisión.
- Le notificará su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted está solicitando alcanza un cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.



Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 10 explica el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 8 **Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que le darán de alta demasiado pronto**

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. Le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar después de dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su **“fecha de alta”**.
- Una vez decidida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicará.
- Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare con información sobre sus derechos

En un plazo no mayor de dos días calendario después de haber sido admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado **Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de parte de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Le explica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de pedir que se demore su fecha de alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme el aviso.
- La firma del aviso solamente significa que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. Mantenga su copia del aviso a mano para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar un problema o una inquietud sobre la calidad del cuidado) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se ha programado para usted.
- Si desea ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). Usted también puede consultar el aviso en Internet en cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 **Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, use el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Llame a la Oficina de la Tercera Edad del Distrito de Columbia al 1-202-724-5626, los usuarios de TTY deben llamar al 711. La información de contacto del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud también está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica que su fecha de alta programada sea médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.



Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su distrito y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (**Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su distrito en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y **a más tardar a la medianoche del día que le dan de alta**.
 - Si cumple este plazo, puede quedarse en el hospital **después** de su fecha de alta **sin pagar la estadía** mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión.
 - Si **no** cumple este plazo, comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se comuniqué con nosotros, le enviaremos a usted un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso le informa su fecha de alta programada y le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.

- Para obtener una muestra del **Aviso Detallado del Alta**, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un aviso de muestra en Internet en cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.



Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (le llamaremos los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionamos el hospital y nosotros.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará cuál es su fecha de alta programada. Este aviso también le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.



Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la apelación es aceptada?

- Si la organización de revisión independiente la **acepta**, **debemos seguir prestando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si la apelación es denegada?

- Si la organización de revisión la **deniega**, significa que considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a** que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión **deniega** su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.



Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 8.3 **Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.



Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.



Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información sobre su apelación.



Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión independiente acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue denegada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir proporcionando cobertura de su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión independiente acepta:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.



Paso 4: Si su apelación es denegada, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 10 explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Si usted está recibiendo **servicios de asistencia médica a domicilio, cuidado de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de cuidado durante todo el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidado, debemos avisarle por anticipado. Cuando su cobertura de ese cuidado termine, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.**

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Términos Legales

“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”. Le indica cómo puede solicitar una **“apelación de tramitación rápida”**. Solicitar una apelación de tramitación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura de cuándo interrumpir su cuidado.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. El aviso le indicará:

- La fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- Cómo solicitar una “apelación de tramitación rápida” para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado durante más tiempo.

2. **Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.** La firma del aviso solamente significa que usted recibió la información sobre la fecha en que se interrumpirá su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir el cuidado.

Sección 9.2 **Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo**

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es médicamente apropiada.



Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación de tramitación rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su distrito en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare.
- Si se le pasa el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.



Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal

“Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura.” Aviso que proporciona información detallada sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcionó nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.



Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores **deniegan** su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de esta fecha en que termine su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.



Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores **deniegan** su apelación de Nivel 1 — **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que haya terminado su cobertura para el cuidado — puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 **Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitar que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.



Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.



Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.



Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.



Paso 4: Si su apelación es denegada, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 10 Cómo presentar una apelación de Nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con Servicios Médicos

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor monetario del artículo o del servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
------------------------------	---

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador aceptan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el cuidado médico en disputa.

• **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

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

• **Si la apelación es aceptada o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación podría o no terminar.**

A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no esta decisión en el Nivel 5.

- Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.

• **Si la apelación es denegada o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no terminar.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esa es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es menor, usted no puede continuar con el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno Federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
 - **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.
-

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

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
 - **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.
-

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esa es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de queja?**

El proceso de queja se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso el cuidado en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien compartió información confidencial o no respetó su derecho a la privacidad?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud? • ¿O por Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? – Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener un medicamento con receta.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras medidas relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si usted nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no le respondemos de manera suficientemente rápida, también puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Ejemplos: • Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y la denegamos; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo
	• Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir determinados artículos o servicios médicos, o medicamentos que fueron aprobados, o para reembolsar el costo de estos; puede presentar una queja. • Cree que no hemos cumplido los plazos exigidos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales	Una “queja” también se llama “queja formal.” “Presentar una queja” también se dice “presentar una queja formal.” Otra manera de decir “usar el proceso para presentar quejas” es “usar el proceso para presentar una queja formal.” Una “queja rápida” también se llama “queja formal rápida.”
-------------------------	--

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad



Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente — por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si usted debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.**
- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir del evento o incidente sobre el que se está quejando. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le proporcionamos información incorrecta, etc.), infórmenos y tal vez podamos aceptar su queja después del plazo de 60 días. Trataremos su queja lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomarnos 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.

Si su queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2 en la sección

“Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico” o si se trata de quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D en la sección “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D”.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea presentar una queja.



Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada.
- Cuando presente una queja, por teléfono o por escrito, **le enviaremos una carta de acuse de recibo, en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a partir de la recepción de su queja, para comunicarle que la hemos recibido. Responderemos a su queja oral o escrita con una carta de resolución por escrito a más tardar en los plazos para quejas formales que se indican a continuación.**
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien, o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de “apelación rápida”, le concederemos automáticamente una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la **calidad del cuidado**, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Usted puede presentar una queja sobre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Problemas sobre sus beneficios de DC Medicaid

Sección 12 Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de DC Medicaid

Puede recibir ayuda e información de parte de DC Medicaid.

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con DC Medicaid.

Si usted tiene Medicare y DC Medicaid, es posible que algunos de los servicios de su plan también estén cubiertos por el programa DC Medicaid de su Distrito. Por lo tanto, si usted cree que le denegamos indebidamente un servicio o el pago de un servicio, también puede tener derecho a pedir al programa DC Medicaid de su Distrito que pague el servicio. También puede presentar apelaciones y quejas formales relacionadas con los servicios cubiertos por DC Medicaid. Para obtener más información, comuníquese con DC Medicaid. La información de contacto aparece en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta guía.

El plan le proporcionará la ayuda razonable según sus necesidades. Esto puede incluir, entre otras cosas, ayudarle a llenar formularios, revisar sus beneficios de DC Medicaid y responder preguntas sobre reclamos, quejas o apelaciones.

Capítulo 10:

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Sección 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía puede terminar de manera **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque decide que **desea** hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, sino que nosotros estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionándole su cuidado médico y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y DC Medicaid

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene DC Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos de Medicare
- Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos de Medicare (Si elige esta opción y recibe el programa Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se excluya de la inscripción automática.), o
- Si cumple los requisitos, un plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan D-SNP) que proporciona su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y está sin cobertura de medicamentos acreditable durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Llame a la Oficina de Medicaid de su Distrito al 1-202-671-4200 si desea obtener información sobre sus opciones de planes de DC Medicaid.

- Durante el **Período de Inscripción Abierta**, hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles. La Sección 2.2 le explica más sobre el Período de Inscripción Abierta.
- Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Abierta** abarca desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos de Medicare.
 - Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se excluya de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y está sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Puede hacer **un** cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan Medicare Advantage, desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.^{er} mes en que tienen derecho a inscribirse.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.

- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si usted también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, usted podría cumplir los requisitos para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Usted podría cumplir los requisitos para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar es.medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene DC Medicaid.
- Si cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si usted está recibiendo cuidado en una institución, como un asilo de convalecencia o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).

Nota: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo cumpla los requisitos para ciertos Períodos de Inscripción Especial. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le explica más sobre el período de inscripción especial para los beneficiarios de DC Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si usted cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted cumple los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original con un plan aparte de medicamentos de Medicare
- Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos de Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y está sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se excluya de la inscripción automática.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le explican más sobre el período de inscripción especial para los beneficiarios de DC Medicaid y del programa Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede terminar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo terminar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio al Cliente** al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Encontrar la información en el manual **Medicare Y Usted 2026**.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llamar al Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud del District of Columbia al 202-442-9533, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede terminar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribise en el nuevo plan de salud de Medicare • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
• Medicare Original con un plan aparte de medicamentos de Medicare.	• Inscribise en el nuevo plan de medicamentos de Medicare • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para hacerlo por Internet. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir el programa Ayuda Adicional y está sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de DC Medicaid, comuníquese con DC Medicaid al 1-202-671-4200, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, excepto los días festivos del Distrito. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo se verá afectada la manera en que obtiene su cobertura de DC Medicaid si se inscribe en otro plan o si vuelve a Medicare Original.

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de DC Medicaid, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Siga usando la farmacia de pedidos por correo o las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el mismo día en que termina su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta (incluso si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura de salud).**

Sección 5 Debemos terminar su en nuestro plan en ciertas situaciones

Debemos terminar su membresía en nuestro plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no cumple los requisitos de DC Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para las personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de DC Medicaid. Debemos notificarle por escrito que usted tiene un período de gracia de 6 meses para recuperar los requisitos de participación, antes de que cancelemos su inscripción. Para obtener más información sobre el período de gracia y cómo puede afectar a sus costos conforme a este plan, consulte la Sección 1.1 del Capítulo 4.
- Si no paga su excedente en gastos médicos, si corresponde.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al que se mudará o viajará está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que le proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si permite que otra persona use su UCard para recibir cuidado médico. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
 - Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá su cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan debido a un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

Capítulo 11:

Avisos legales

Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige a este documento **Guía para Miembros** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) conforme a la Ley del Seguro Social. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del distrito en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si este documento no contiene ni explica esas leyes.

Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes o problemas relacionados con la discriminación o un trato 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado, llámenos a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), nuestro plan, como Organización de Planes Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la

Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley del distrito.

Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que la haya causado, debe notificarnos rápidamente dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta que establece lo que pagamos por los servicios que se prestaron en relación con la enfermedad o lesión. Si usted recupera una cantidad cualquiera de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa recuperación por los pagos que realizamos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

- 1) **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que la cantidad restituida total recibida de un tercero (la “cantidad restituida”), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a) **Primero:** Determine el índice de los costos de adquisición en relación con la cantidad restituida (el término “costos de adquisición” significa los gastos y costos legales en los que se incurrió para llegar a un acuerdo o fallo).
 - b) **Segundo:** Aplique el índice calculado anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
 - c) **Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El saldo es lo que debe reembolsarnos.
- 2) **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, lo que debe reembolsarnos es la cantidad restituida total menos el total de los costos de adquisición.
- 3) **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a hacernos el reembolso.** Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opone a hacernos el reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:
 - a) Los pagos que realizamos en nombre de usted por los servicios; o
 - b) la cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta otorgarnos una cesión y un reclamo y un derecho de retención de cualquier cantidad restituida mediante una satisfacción de deuda, fallo o veredicto. Es posible que le exijamos oficiar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la cesión, el reclamo o el derecho de retención para constatar nuestro derecho a un reembolso, y usted acepta hacerlo.

Sección 5 Responsabilidad del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de proveedores por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos. Ni el plan ni Medicare pagarán servicios sin cobertura.

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio durante un viaje (se debe recibir en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor, ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios.

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios conforme a Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia se consideran apropiadas para el servicio, en términos de si el servicio:
 1. Se presta según los estándares aceptados del ejercicio de la medicina para el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
 2. Se presta en un centro apropiado para la enfermedad y las necesidades médicas del paciente;
 3. Es indicado y prestado por personal calificado;
 4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
 5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección 7 Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir el pago proveniente de la cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos de dicha cobertura cuando esté disponible. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes, o de Responsabilidad Civil, podemos pedir un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o del Distrito. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para el cuidado de la salud excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para que obtengamos el pago de la compañía de seguros de su cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.**

Sección 8 Motivos de fuerza mayor

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores no están a su disposición para prestar los servicios de salud o hacer los arreglos necesarios para que sean prestados conforme a esta Guía para Miembros y Divulgación de Información, intentaremos hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos en la medida en que sea factible y según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendremos ninguna responsabilidad civil ni obligación por no prestar los servicios cubiertos o no hacer los arreglos necesarios para que sean prestados, o por demorarnos en hacerlo si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre el plan y los proveedores y hospitales de la red es una relación de contratistas independientes. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados ni agentes del plan. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nombre del plan.

Sección 10 Evaluación de la tecnología

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para comenzar a ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier copago, coseguro, deducible u otras contribuciones de pago del miembro que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del miembro en particular, la revisión de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

Sección 11 Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán afirmaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Guía para Miembros, ni se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 12 Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección 13 Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2026

Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2026

Cómo puede combatir el fraude relacionado con el cuidado de la salud

Nuestra compañía tiene el compromiso de prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si usted identifica un posible caso de fraude, avísenoslo inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude relacionados con Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud — como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos médicos — le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un distribuidor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al 1-866-242-7726 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Esta línea directa le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza de que nuestra organización no tomará ninguna medida en contra de usted por denunciar de buena fe un posible caso de fraude.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) por teléfono al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379) o directamente ante el programa Medicare si llama al (1-800-633-4227). El número de fax de Medicare es el 1-717-975-4442 y el sitio web es es.medicare.gov.

Sección 14 Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de denegación de la cobertura; 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a otros profesionales de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y 3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Datos	¿Qué hace Optum Bank con su información personal?
¿Por qué?	Las compañías financieras eligen cómo comparten su información personal. La ley federal otorga a los consumidores el derecho a limitar la divulgación de cierta información, pero no toda. La ley federal también nos exige que le informemos a usted cómo recopilamos, compartimos y protegemos su información personal. Lea este aviso detenidamente para entender lo que hacemos.
¿Qué?	Los tipos de información personal que recopilamos y compartimos dependen del producto o servicio que usted tenga con nosotros. Tal información puede incluir: • Identificador de Beneficiario de Medicare o Número de ID de Miembro y saldos de cuenta • Historial de pagos e historial de transacciones • Historial de compras y transacciones de cuentas Cuando usted deja de ser nuestro cliente, seguimos compartiendo su información según se describe en este aviso.
¿Cómo?	Todas las compañías financieras deben compartir la información personal de los miembros para llevar a cabo sus actividades comerciales cotidianas. En la siguiente sección, indicamos los motivos por los que las compañías financieras pueden compartir la información personal de sus miembros, los motivos por los que Optum Bank decide compartir información y si usted puede limitar esta divulgación.

Motivos por los que podemos compartir su información personal	¿Optum Bank comparte información?	¿Usted puede limitar esta divulgación?
Para nuestras actividades comerciales cotidianas – como para procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales	Sí	No
Para nuestros fines de marketing – para ofrecerle nuestros productos y servicios	Sí	No
Para el marketing conjunto con otras compañías financieras	No	No compartimos
Para los fines comerciales cotidianos de nuestras compañías afiliadas – información sobre sus transacciones y experiencias, que no es usada por las compañías afiliadas para comercializar sus productos con usted	Sí	No
Para los fines comerciales cotidianos de nuestras compañías afiliadas – información sobre su solvencia	No	No compartimos
Para que las compañías afiliadas comercialicen con usted	No	No compartimos
Para que compañías no afiliadas comercialicen con usted	No	No compartimos

¿Tiene preguntas?	Llame al 1-866-234-8913 o visítenos en Internet en optumbank.com .
-------------------	--

Lo que hacemos	
¿Cómo protege Optum Bank mi información personal?	Para proteger su información personal del acceso y el uso no autorizados, usamos medidas de seguridad que cumplen con la ley federal. Estas medidas incluyen protecciones informáticas y archivos y edificios asegurados. También contamos con medidas de seguridad adicionales para proteger su información y limitamos quién puede acceder a ella.
¿Cómo recopila Optum Bank mi información personal?	Recopilamos su información personal, por ejemplo, cuando usted: • Usa su tarjeta de pago o paga una factura • Actualiza su información de contacto También recopilamos su información personal de otros, como compañías afiliadas u otras compañías.
¿Por qué no puedo limitar toda la divulgación?	La ley federal le otorga el derecho a limitar solamente: • La divulgación para los fines comerciales cotidianos de las compañías afiliadas – información sobre su solvencia • Que las compañías afiliadas usen su información para comercializar con usted • La divulgación para que compañías no afiliadas comercialicen con usted Las leyes estatales y las compañías individuales pueden otorgarle derechos adicionales para limitar la divulgación.
Definiciones	
Compañías afiliadas	Compañías relacionadas con propiedad o control conjunto. Pueden ser compañías financieras y no financieras. • Nuestras compañías afiliadas incluyen compañías dentro de UnitedHealth Group y aquellas compañías que comparten el nombre de Optum; compañías financieras como Optum Financial, Inc. y UnitedHealthcare Insurance Company; y compañías no financieras como UHG Print Services.
Compañías no afiliadas	Compañías no relacionadas con propiedad o control conjunto. Pueden ser compañías financieras y no financieras. • Optum Bank no comparte información con compañías no afiliadas para que puedan comercializar con usted.
Marketing conjunto	Un acuerdo formal entre compañías financieras no afiliadas que comercializan conjuntamente productos o servicios financieros con usted. • Optum Bank no participa en ningún marketing conjunto.

Capítulo 12:

Definiciones

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si sus ingresos brutos ajustados y modificados según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años son superiores a una cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, también conocido como IRMAA. El Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso es un cargo adicional agregado a la prima. Menos del 5% de los beneficiarios de Medicare se ven afectados, así que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Apelación – Lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios para el cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o de denegar el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de Servicio – Área geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Asignación de Medicare – En Medicare Original, un médico o distribuidor “acepta la asignación” si ha acordado aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por servicios cubiertos. Por servicios cubiertos fuera de la red, puede ahorrarle dinero si su médico o distribuidor acepta la asignación. Si un médico o distribuidor acepta la asignación, su costo compartido se limita a su copago o coseguro por el servicio cubierto.

Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio – Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de un terapeuta o una enfermera con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios que se indiquen).

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte Biosimilar Intercambiable).

Biosimilar Intercambiable – Un biosimilar que se puede usar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar la Inscripción o Cancelación de la Inscripción – Proceso para terminar su membresía en nuestro plan.

Cargo de Suministro – Cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Cargo Máximo (Cargo Límite) – En el plan de Medicare Original, la cantidad más alta de dinero que le pueden cobrar por un servicio cubierto por parte de médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que no aceptan la asignación. El cargo límite es del 15% sobre la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros ni equipos.

Centro de Cirugía Ambulatoria – Entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

Centro de Cuidados para Enfermos Terminales – Beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de los centros de cuidados para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige cuidados para enfermos terminales y sigue pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, servicios de terapia respiratoria, de terapia ocupacional y de patología del habla y del lenguaje, además de servicios para la evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – La agencia federal que administra Medicare.

Clínica Sin Cita Previa – Sitio donde los proveedores generalmente atienden sin requerir una cita y que puede ser un sitio independiente o estar ubicado en un supermercado, una farmacia o una tienda minorista. Los servicios de las Clínicas Sin Cita Previa están sujetos al mismo costo compartido que los Centros de Cuidado de Urgencia. (Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.)

Cobertura de Medicamentos con Receta – Seguro de salud o un plan que ayuda a pagar los medicamentos y principios activos con receta.

Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditable – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a cumplir los requisitos de Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Compendios – Libros de referencia reconocidos por Medicare para obtener información sobre medicamentos e indicaciones médicamente aceptadas para la cobertura de la Parte D.

Copago – Lo que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un suministro o un servicio médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro – Lo que posiblemente tenga que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible. El coseguro por servicios dentro de la red se basa en las tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico al que se aplica el coseguro) o en el Costo Permitido por Medicare, según nuestros arreglos contractuales para el servicio.

Costo Compartido – El costo compartido se refiere a lo que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan.) El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) el deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; 2) el “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos; o 3) el “coseguro”, un porcentaje del total que se paga por un servicio o un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos.

Costo compartido diario – Tarifa que se puede aplicar cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por cada día.

El costo compartido diario se aplica únicamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (por ejemplo, una tableta o una cápsula) cuando se surte para un suministro de menos de un mes conforme a la ley vigente. Los requisitos de costo compartido diario no se aplican a ninguno de los siguientes:

1. Dosis orales sólidas de antibióticos.
2. Dosis orales sólidas que se suministran en su envase original o que normalmente se suministran en su envase original para ayudar a los pacientes a cumplir con el tratamiento.

Costo Permitido por Medicare – El precio máximo de un servicio a efectos de reembolso conforme a Medicare Original.

Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio – Cuidado de enfermería especializada y ciertos otros servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en la Tabla de Beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 bajo el título “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”. Si usted necesita servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio, nuestro plan los cubrirá siempre que se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de asistencia médica a domicilio puede incluir los servicios de un **auxiliar de asistencia médica a domicilio** si los servicios forman parte del plan de cuidado de asistencia médica a domicilio indicado para su enfermedad o lesión. No están cubiertos, a menos que usted también reciba un

servicio especializado cubierto. Los servicios de asistencia médica a domicilio no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos para servicios de alimentos ni el cuidado de enfermería de tiempo completo en el domicilio.

Cuidado de Custodia – Cuidado personal que se proporciona dentro de un asilo de convalecencia, un centro de cuidados para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen capacitación ni especialización profesional, incluye la ayuda con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse de una silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan solas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Cuidado de Emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una enfermedad o estado médico de emergencia.

Cuidado en la Sala de Emergencias – Tratamiento para una enfermedad o estado médico de emergencia en una sala o área de hospital que cuenta con el personal y el equipamiento adecuados.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solamente pueden ser proporcionadas por un médico o una enfermera titulada.

Cuidados para Enfermos Terminales – Una manera especial de cuidar a personas que tienen una enfermedad terminal y de proporcionar asesoramiento a sus familiares. Los cuidados para enfermos terminales consisten en cuidados físicos y asesoramiento a cargo de un equipo de personas que forman parte de una compañía privada o una agencia pública certificadas por Medicare. Según la situación, estos cuidados pueden prestarse en el domicilio, en un centro de cuidados para enfermos terminales, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados para enfermos terminales tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida al aliviar el dolor y dar comodidad. El enfoque se centra en cuidar al paciente, no en curarle. Para obtener más información sobre los cuidados para enfermos terminales, visite [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) y, en “Herramientas de Búsqueda”, elija “Buscar una Publicación de Medicare” para ver o descargar la publicación “Beneficios de Hospicio de Medicare”. O llame al (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

DC Medicaid (o Asistencia Médica) – Programa federal y estatal conjunto que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Deducible – Lo que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que pague nuestro plan.

Determinación de Cobertura – Decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está

cubierto por nuestro plan y lo que usted debe pagar, si corresponde, por el medicamento con receta. Por lo general, si usted lleva su receta a una farmacia y le informan que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, esto no se trata de una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman decisiones de cobertura.

Determinación de la Organización – Decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura”.

Dispositivos y Servicios de Habilitación – Servicios y dispositivos para el cuidado de la salud que ayudan a una persona a adquirir, mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la comunicación y la vida diaria.

Emergencia – Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o una limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser un problema de salud, una lesión, dolor grave o una enfermedad que está empeorando rápidamente.

Emergencia Médica – Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser un problema de salud, una lesión, dolor grave o una enfermedad que está empeorando rápidamente.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Cierta equipo médico que su médico le indica por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio.

Estadía en el Hospital como Paciente Hospitalizado – Estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”.

Estudio de Investigación Clínica – Forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos, piden voluntarios que participen en el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método funciona y si es seguro.

Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o terceros calificados en nombre de usted) haya gastado \$2,100 por medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare.

Etapas de Cobertura Inicial – Esta es la etapa antes de que los gastos de su bolsillo del año hayan alcanzado el umbral de gastos de su bolsillo.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Aviso de Divulgación de Información – Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional elegida, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, si nuestro plan requiere una preautorización para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosificación del medicamento que usted está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la Red – Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para que los miembros de nuestro plan puedan obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia Fuera de la Red – Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo – Consulte la definición de “costo compartido” indicada anteriormente. Un requisito de costo compartido del miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos “de su bolsillo” del miembro.

Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real – Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para el mismo estado de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (Preautorización, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación Medicamento Aceptada – Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o que cuenta con el respaldo de ciertas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

Límites de Cantidad – Herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por cada medicamento con receta o durante un período definido.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”) – Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Lo que usted paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de DC Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.) **Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el máximo de gastos de su bolsillo.**

Máximo Combinado de Gastos de su Bolsillo – Es lo máximo que usted pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B de proveedores tanto de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de DC Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.) Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el máximo combinado de gastos de su bolsillo.

Máximo de Gastos de su Bolsillo Dentro de la Red – Es lo máximo que usted pagará por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos). Después de haber alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que usted alcance el máximo combinado de gastos de su bolsillo, debe seguir pagando su parte de los costos cuando reciba cuidado de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Medicamento Necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

Medicamento de Marca – Medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica de los medicamentos. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento Genérico – Medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos como medicamento que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamento Seleccionado – Medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos Cubiertos – Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

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 ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare – Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (“Medicare Tradicional” o Medicare de “tarifa por servicio”) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades de pago establecidas por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene 2 partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del Plan”) – Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir los servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D – Cantidad que se agrega a la prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted está sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si usted pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si está 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Nivel de Costo Compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C – Consulte **Plan Medicare Advantage (MA)**.

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Período de beneficios – Forma en que Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (ni cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Período que abarca desde el 1 de enero hasta 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 Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona cumple los requisitos de Medicare por primera vez.

Período de Inscripción Inicial – Cuando usted cumple los requisitos por primera vez para Medicare, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si cumple los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Personas con Elegibilidad Doble – Persona que cumple los requisitos para la cobertura de Medicare y de DC Medicaid.

Plan – Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble que incluye beneficiarios que tienen elegibilidad doble y beneficios completos, que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid y están inscritos en ambos programas, así como beneficiarios inscritos calificados con categoría de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) que califican para el Programa de Ahorros de Medicare.

Plan de Salud de Medicare – Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Personas con Necesidades Especiales, los Programas Piloto o de Demostración, y los Programas de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) – Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de una Organización de Proveedores Preferidos tienen un límite anual en los gastos de su bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de gastos de su bolsillo combinados por los servicios de los proveedores dentro de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) – Plan que combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas frágiles para ayudarles a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores reciben sus beneficios tanto de Medicare como

de DC Medicaid a través del plan. Este programa no está disponible en todos los estados. Si desea saber si este plan está disponible en su distrito, comuníquese con Servicio al Cliente.

Plan Institucional Equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP) – Plan que limita la inscripción a las personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro.

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP) – Estos planes limitan la inscripción a las personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los Planes Institucionales para Personas con Necesidades Especiales incluyen los siguientes tipos de planes: Planes Institucionales Equivalentes para Personas con Necesidades Especiales (IE-SNP), Planes Institucionales Híbridos para Personas con Necesidades Especiales (HI-SNP) y Planes Institucionales en Centros para Personas con Necesidades Especiales (FI-SNP).

Plan Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) – Un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de DC Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para DC Medicaid. A estas personas también se las conoce como personas con elegibilidad doble y beneficios completos.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces, se le llama Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un i) plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o de una Organización de Proveedores Preferidos también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta**.

Plan para Personas con Necesidades Especiales – Tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más especializado para grupos específicos de personas, por ejemplo, quienes tienen tanto Medicare como el programa DC Medicaid, quienes viven dentro de un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas enfermedades crónicas.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – Estos planes son planes para personas con necesidades especiales que limitan la inscripción a las personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

Planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – Planes que inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación de la persona.

Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare) – Seguro Complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los costos que no están cubiertos por Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente se pueden usar con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

Preautorización – Por servicios médicos, se entiende un proceso en el que su médico o proveedor tratante debe recibir preaprobación antes de que se presten o paguen ciertos servicios médicos. Para ciertos medicamentos, significa un proceso en el cual usted o su proveedor debe recibir preaprobación antes de que se proporcionen o paguen ciertos medicamentos. Esta aprobación se basa en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan una preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan una preautorización se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web. En la parte de la red de una Organización de Proveedores Preferidos, algunos servicios médicos dentro de la red solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene la preautorización de nuestro plan. En una Organización de Proveedores Preferidos, usted no necesita una preautorización para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, sería conveniente que consulte con nuestro plan antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por nuestro plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido.

Precio Justo Máximo – Precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima – Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. (Consulte Producto Biológico Original y Biosimilar).

Producto Biológico Original – Producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Programa Ayuda Adicional – Programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Programa de administración de medicamentos (drug management program (DMP) – Programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso.

Programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP) – Programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida.

Programa de Descuento de Fabricantes – Programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) – Programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de Manejo de Terapias de Medicamentos generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidado de la salud para revisar los medicamentos.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) – Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o tengan 65 años en adelante. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP) – El médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Proveedor de la Red – “Proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con licencia o certificación de Medicare y del distrito para prestar servicios para el cuidado de la salud. Los “proveedores de la red” tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar además de prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red – Proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni para prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados de nuestro plan, no son propiedad de este ni son operados por este.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es presentar una queja formal. El proceso de queja se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple los períodos del proceso de apelación.

Queja Formal – Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o sobre los proveedores o las farmacias, incluso una queja concerniente a la calidad del cuidado que ha recibido. Esto no incluye disputas sobre cobertura ni pago.

Red – Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros proveedores o centros de cuidado de la salud que tienen un convenio con nosotros para prestar

a nuestros miembros los servicios cubiertos y aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1)

Servicio al Cliente – Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios Cubiertos – Término que usamos en esta Evidencia de Cobertura para referirnos a todos los suministros y servicios para el cuidado de la salud que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los dentales o de servicios para la vista o la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios preventivos – Cuidado de la salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Servicios Requeridos de Urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio requerido de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o intensificaciones inesperadas de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran requeridas de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Programa Ayuda Adicional.

Terapia Escalonada – Herramienta de utilización que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Umbral de Gastos de Su Bolsillo – Lo máximo que usted paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP):



Llame al **1-866-242-7726**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.



Escriba a: **P.O. Box 30769**

Salt Lake City, UT 84130-0769



myUHC.com/CommunityPlan

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su distrito al número que se indica en la Sección 3 del Capítulo 2 de la Guía para Miembros.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba 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 Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.