Evidencia de Cobertura 2023

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)

Llamada gratuita **1-866-870-9604,** TTY **711**
24 horas del día, los 7 días de la semana

myAARPMedicare.com

AARP® | Medicare Advantage
from UnitedHealthcare®

Y0066_EOC_H3418_001_000_2023_SP_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura

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

Este documento contiene los detalles de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.
Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-870-9604. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Este plan, AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO), está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. (Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta **Evidencia de Cobertura**, se refieren a UnitedHealthcare. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO).)

UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. AARP y sus compañías afiliadas no son compañías de seguros. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse. AARP no hace recomendaciones de farmacias ni de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades 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 1-866-870-9604 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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 Customer Service number at 1-866-870-9604 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

聯合健康保險提供免費服務以協助您與我們溝通。例如：其他語言版本、盲人點字、大字體、語音內容，或者，您可申請口譯員。如需其他資訊，請聯絡我們的客戶服務部，電話號碼 1-866-870-9604 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間每週 7 天，每天 24 小時。

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El Formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos sobre los cambios a los miembros que resulten afectados con al menos 30 días de anticipación.

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

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

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Evidencia de Cobertura 2023
Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 1

Sección 1 Introducción 2
Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan? 3
Sección 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá 4
Sección 4 Los costos mensuales del plan 5
Sección 5 Más información sobre la prima mensual 8
Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 10
Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 11

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 13

Sección 1 Contactos de AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente) 14
Sección 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 19
Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 20
Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 22
Sección 5 Seguro Social 22
Sección 6 Medicaid 23
Sección 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 24
Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 27
Sección 9 ¿Tiene "seguro de grupo" u otro seguro de salud de un empleador? 28

Capítulo 3: Cómo usar el plan para recibir sus servicios médicos 29

Sección 1 Cómo obtener su cuidado médico como miembro de nuestro plan 30
Sección 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red del plan para obtener cuidado de la salud 31
Sección 3 Cómo recibir servicios cuando necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o durante una catástrofe 35
Sección 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios? 36

Sección 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?..... 37
Sección 6 Reglas para recibir cuidado en una "institución religiosa no médica para servicios de salud"..... 39
Sección 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero.....40

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)..... 42
Sección 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos.....43
Sección 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber los servicios que cubre el plan y lo que pagará usted.....46
Sección 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?..... 161

Capítulo 5: Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos con receta de la Parte D..... 168
Sección 1 Introducción..... 169
Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece..... 169
Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan..... 173
Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....175
Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere..... 177
Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia..... 180
Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?..... 182
Sección 8 Cómo surtir una receta.....183
Sección 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 184
Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación.....185

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D..... 188
Sección 1 Introducción..... 189
Sección 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en que se encuentre cuando obtiene el medicamento..... 191

Sección 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted....192
Sección 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5....193
Sección 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 194
Sección 6 Costos en la Etapa Sin Cobertura....199
Sección 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos....200
Sección 8 Información adicional sobre los beneficios....200
Sección 9 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba....200

Capítulo 7: Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos.....203
Sección 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos....204
Sección 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido....207
Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la denegará....207

Capítulo 8: Derechos y responsabilidades....209
Sección 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan....210
Sección 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan....225

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)....227
Sección 1 Introducción....228
Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada....228
Sección 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?....229
Sección 4 Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones....229
Sección 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura....232

Sección 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....240
Sección 7 Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que el médico le da de alta demasiado pronto.....251
Sección 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.....259
Sección 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles superiores.....266
Sección 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas..... 269

Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en el plan..... 273
Sección 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan.....274
Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?.....274
Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....276
Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....277
Sección 5 Debemos terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones. 277

Capítulo 11: Avisos legales.....280
Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes.....281
Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación.....281
Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare.....281
Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación.....281
Sección 5 Responsabilidad del Miembro..... 282
Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios.....283
Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil..... 283
Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control.....284
Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes..... 284
Sección 10 Evaluación de tecnologías.....284
Sección 11 Declaraciones del Miembro.....285
Sección 12 Información disponible a solicitud.....285

Sección 13 Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2023 285
Sección 14 Compromiso de las Decisiones de Cobertura 286
Sección 15 Términos y Condiciones del programa Renew ActiveTM 286
Sección 16 Términos y Condiciones de Fitbit® 288

Capítulo 12: Definición de palabras importantes 289

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO), un Plan PPO de Medicare

Usted tiene la cobertura de Medicare y ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Nuestro plan es un Plan Medicare Advantage PPO (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare tiene la aprobación de Medicare y es administrado por una compañía privada.

La cobertura de este Plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC), además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información contiene la Evidencia de Cobertura?

Esta **Evidencia de Cobertura** le indica cómo recibir cuidado médico y medicamentos con receta. Describe sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren al cuidado y los servicios médicos y a los medicamentos con receta que tiene a su disposición como miembro del plan.

Es importante informarse sobre las reglas del plan y los servicios disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo para familiarizarse con esta **Evidencia de Cobertura**.

Si no comprende algo o tiene dudas o preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su Solicitud de Inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario),** y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos a veces reciben el nombre de “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante todos los meses que usted esté inscrito en el plan entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir cancelar el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de participación

Usted cumple los requisitos para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- **– y –** viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en el lugar.
- **– y –** sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos

Sección 2.2 Área de servicio del plan AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados de New York: Kings, New York, Queens.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro del plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área.

Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

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

Sección 2.3 Ciudadanía Estadounidense o Residencia Legal

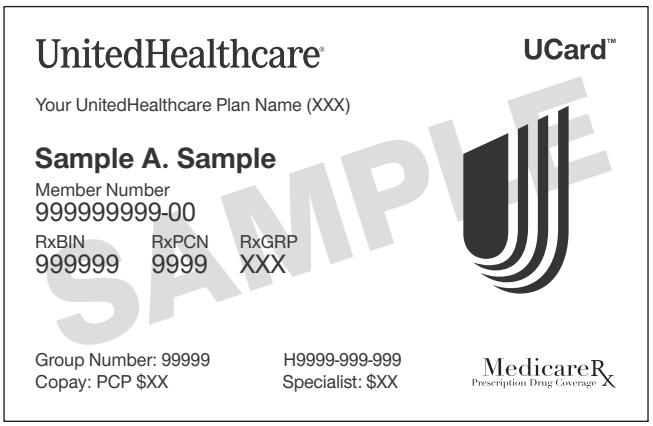
Los miembros de planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o residentes legales en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) si usted no cumple los

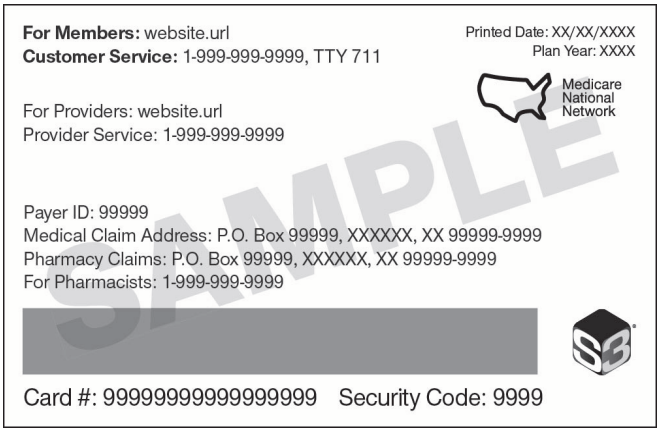
requisitos para seguir siendo miembro por esta razón. AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare

Como miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. Usted también debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esto es un ejemplo de la tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. La suya será muy parecida:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Si necesita servicios hospitalarios, servicios para cuidados paliativos, o si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, también llamado ensayo clínico, es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare.

Si su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El **Directorio de Proveedores** indica los proveedores de servicios y los distribuidores de equipo médico duradero de nuestra red. **Los proveedores de la red** son 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 han acordado con nosotros aceptar lo que pagamos, además del costo compartido que corresponda según el 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, tanto dentro como fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si 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 **(Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios médicos)** para obtener información más específica.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en myAARPMedicare.com.

Si no tiene una copia del **Directorio de Proveedores,** puede solicitar una copia a Servicio al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias indica las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos de los miembros de nuestro plan. Puede consultar 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 las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias,** puede solicitar una copia a Servicio al Cliente. También encontrará esta información en nuestro sitio web en myAARPMedicare.com.

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

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).** Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D que incluye nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

La Lista de Medicamentos también indica si hay reglas que limiten la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que tienen cobertura, puede visitar el sitio web del plan (myAARPMedicare.com) o llamar a Servicio al Cliente.

Sección 4 Los costos mensuales del plan

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de los Beneficios Complementarios Opcionales (Sección 4.3)
- Multa por Inscripción Tardía en la Parte D (Sección 4.4)

- Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Sección 4.5)

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren entre personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección titulada “Costos de Medicare 2023” del manual Medicare y Usted 2023. Si necesita una copia, puede descargarla en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir una copia impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 La prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por nuestro plan.

Sección 4.2 Prima de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no cumplen los requisitos para recibir la Parte A sin pagar una prima.

Sección 4.3 Prima para Beneficios Complementarios Opcionales

Si en su inscripción incluyó beneficios adicionales (también llamados “beneficios complementarios opcionales”), usted debe pagar una prima adicional cada mes. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener información detallada. La prima por la Cláusula Adicional Platinum Dental es de $52.00.

Sección 4.4 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D. 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 termine su período de inscripción inicial, está durante un período de 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. “Cobertura de medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez, le informamos la cantidad de la multa.

Usted no tendrá que pagarla si:

- Recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.

- Estuvo sin cobertura acreditable menos de 63 días consecutivos.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o el Departamento de Recursos Humanos de su empleador le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Recibirá esta información por una carta o en un boletín del plan. Guarde esta información, porque tal vez la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
  - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta "acreditable" que pagaría tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
  - **Nota:** Los siguientes recursos **no** son cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web que ofrecen descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D después de que comenzó a cumplir los requisitos para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos durante los cuales estuvo sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes en que estuvo sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted estuvo 14 meses sin cobertura, su multa será del 14%.
- Después, Medicare determina la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país durante el año anterior. Para el año 2023, la prima promedio es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique la prima mensual promedio por el porcentaje de la multa; luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En nuestro ejemplo, sería 14% por $32.74, lo que equivale a $4.58. Esto se redondea a $4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para una persona que tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres puntos importantes que debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar de un año a otro.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla los 65 años. Después de cumplir los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solamente en los meses en que no tuvo cobertura después del período de inscripción inicial que utilizó para su transición a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de**

60 días después de la fecha de la primera carta en que le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.5 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, conocido como el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D, que también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula en función de 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 los últimos 2 años. Si son superiores a cierta cantidad, pagará la prima estándar y, además, 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/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para indicarle cuánto será la 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, sin importar de qué manera usted pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional a pagar. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede pagarla con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.

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

Sección 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Métodos de pago de la prima del plan

Usted cuenta con cuatro maneras de pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por la prima mensual de su plan. Haga su pago pagadero a UnitedHealthcare. En la factura encontrará la dirección postal y otra información. Incluya su número de ID de miembro en su cheque o giro postal. Si desea realizar un pago para más de un miembro, incluya un talón de pago por cada miembro. Incluya el número de ID de miembro de cada miembro en el cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir antes de o en la fecha

de vencimiento que se indica en la factura mensual. Si necesita que se reemplace su factura mensual, llame a Servicio al Cliente.

Opción 2: Transferencia Electrónica de Fondos

En lugar de pagar con cheque, puede pedir que el pago de la prima mensual de su plan se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques. El pago mensual se deducirá de su cuenta aproximadamente el día 5 de cada mes. Si desea inscribirse en el servicio de Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), siga las instrucciones de su factura mensual o llame a Servicio al Cliente.

Opción 3: Pagar con tarjeta de crédito

En lugar de pagar con cheque, puede pagar la prima mensual de su plan con su tarjeta de crédito. Si desea inscribirse para usar su tarjeta de crédito para pagar la prima mensual de su plan, llame a Servicio al Cliente.

Opción 4: Pedir que el pago de la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar el método de pago de la prima. Si decide cambiar el método de pago de la prima, puede tardar hasta tres meses para que se aplique el nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de pagar la prima del plan a tiempo. Comuníquese con Servicio al Cliente para indicar el método de pago de la prima que prefiere o si desea cambiar su método actual. (Encontrará el número de teléfono en la portada de esta guía.)

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

El pago de la prima del plan debe ser recibido en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos el pago a más tardar el primer día del mes, le enviaremos un aviso de morosidad. Además, tenemos derecho a cobrarle las primas que usted adeude.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si es posible remitirle a algún programa que pueda ayudarle con sus pagos.

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la prima del plan, tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original. Además, es posible que no pueda tener cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si usted no tiene cobertura de medicamentos con receta “acreditable” durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.)

Al momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún adeude las primas que no nos haya pagado. Tenemos derecho a cobrarle las primas que usted adeude. Si usted solicita la inscripción en uno de nuestros planes y tiene primas impagas en un plan actual o anterior nuestro, nosotros tenemos derecho a exigirle el pago de cualquier prima que adeude, antes de permitirle que se inscriba.

Si usted piensa que la cancelación de su membresía fue una equivocación, puede presentar una queja (también se llama queja formal); consulte el Capítulo 9 que indica cómo presentar una queja. Si se presentó una situación de emergencia fuera de su control, la cual produjo el incumplimiento del pago de las primas del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión otra vez. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-866-870-9604 , 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termine su membresía.

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

No. No se nos permite cambiar la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si le corresponde pagar, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si, durante el año, usted comienza a cumplir los requisitos del programa “Ayuda Adicional” o si deja de cumplir los requisitos de dicho programa:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y comienza a cumplir los requisitos del programa “Ayuda Adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a una multa por inscripción tardía si continúa durante 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D.

Puede encontrar más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene la 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 de la red del plan necesitan información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber los servicios y medicamentos que tienen cobertura, además del costo compartido que le corresponde a usted**. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.

- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (de su empleador, del empleador de su cónyuge, de Seguro de Accidentes Laborales o de Medicaid).
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de automóvil.
- Si ha sido admitido 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 está participando en un estudio de investigación clínica. (Nota: Usted no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para informarnos.

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

Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. A esto se le llama Coordinación de los Beneficios.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información está equivocada, o si tiene otra cobertura que no incluimos, llame a Servicio al Cliente. Es posible que sea necesario dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado cuáles son estas compañías) para que las facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), existen reglas establecidas por Medicare para determinar si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura. El seguro que paga en segundo término, el “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que quedaron sin cubrir. Si tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de los planes de salud 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 es el pagador primario 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 (ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o el familiar aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, 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 aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si 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 la fecha en que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura son los pagadores primarios de servicios relacionados a ellos:

- Seguro Sin Culpa (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro de Responsabilidad Civil (incluso el Seguro de Automóvil)
- Beneficios por antracosis
- Seguro de accidentes laborales

Ni Medicaid ni TRICARE son los pagadores primarios de los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud de grupo del empleador o Medigap.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1 Contactos de AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamos, facturación, o tarjetas de ID de miembro de UnitedHealthcare, llame o escriba a Servicio al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente - Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
Sitio Web	**myAARPMedicare.com**

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su cuidado médico o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso para decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604** Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto
	Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	**1-888-950-1170**
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department (Organization Determinations) P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
Sitio Web	**myAARPMedicare.com**

Método	Apelaciones Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con el cuidado médico: **1-877-262-9203** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar apelaciones rápidas solamente: **1-866-373-1081**
Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0157, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web	**myAARPMedicare.com**

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	**1-844-403-1028**
Escriba a	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
Sitio Web	**myAARPMedicare.com**

Método	Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: **1-800-595-9532** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar apelaciones estándar relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6294** Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6296**
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016

Método	Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Sitio Web	**myAARPMedicare.com**

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o 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 o el pago de servicios. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 **(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).**

Método	Quejas sobre el Cuidado Médico – Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana Para presentar quejas rápidas sobre el cuidado médico: **1-877-262-9203** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar quejas rápidas solamente: **1-866-373-1081**
Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0157, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web de Medicare	Puede presentar su queja sobre AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare en Internet, visite **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

Método	Quejas sobre los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana

Método	Quejas sobre los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
	Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-800-595-9532** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Envíe un Fax al	Para presentar quejas estándar sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6294** Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6296**
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
Sitio Web de Medicare	Puede presentar una queja sobre AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare en Internet, visite **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

A dónde debe enviar su solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que usted recibió.

Si ha recibido una factura o ha pagado los servicios (como, por ejemplo, una factura del proveedor) que usted cree que nosotros deberíamos pagar, es posible que necesite pedirnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 **(Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos)**.

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

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
Llame al	**1-866-870-9604**

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana
Escriba a	Solicitudes de pago de reclamos médicos: UnitedHealthcare P.O. Box 31362, Salt Lake City, UT 84131-0362 Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: OptumRx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
Sitio Web	**myAARPMedicare.com**

Sección 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina 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 nosotros.

Método	Medicare – Información de Contacto
Llame al	**1-800-MEDICARE,** o **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.
Sitio Web	**es.medicare.gov** Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia,

Método	Medicare – Información de Contacto
	médicos, agencias de asistencia médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus requisitos de participación y opciones de inscripción en Medicare mediante las siguientes herramientas: • **Herramienta para Determinar si Cumple los Requisitos de Medicare:** Proporciona información sobre los requisitos de Medicare que usted cumple. • **Buscador de Planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en el área donde usted vive. Estas herramientas le ofrecen un **cálculo aproximado** de los gastos de su bolsillo que tendría en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga sobre AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con mucha seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local posiblemente le permiten usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y pedirles la información que necesita. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

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. En el estado donde usted reside, el programa SHIP se llama New York Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP).

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa independiente del estado (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud pueden ayudarle a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud también pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare, así como ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas si desea cambiar de plan.

Método para acceder al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud y otros recursos

• Visite es.medicare.gov
• Haga clic en “Hablar con Alguien” en la parte central de la página de inicio
• Ahora usted tiene las siguientes opciones
  ○ Opción # 1: Usted puede tener una conversación en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  ○ Opción # 2: Puede seleccionar su Estado en el menú desplegable y hacer clic en IR. Este enlace le llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos en su estado.

Método	**Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) – Información de Contacto** **New York** **New York Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)**
Llame al	**1-800-701-0501**
TTY	**711**
Escriba a	2 Empire State Plaza, FL 5, Albany, NY 12223
Sitio Web	**www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance**

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada que atiende a los beneficiarios de Medicare. En New York, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO Program.

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 pago de Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de un estado es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Piensa que su cobertura de cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	**Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto** **New York** **Livanta BFCC-QIO Program**
Llame al	**1-866-815-5440** **9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; 11 a.m. a 3 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos**
TTY	**1-866-868-2289** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	10820 Guilford RD, STE 202, Annapolis Junction, MD 20701
Sitio Web	**www.livantaqio.com**

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si las personas cumplen los requisitos de inscripción de Medicare y también se encarga de administrarlo. Los ciudadanos estadounidenses

y residentes permanentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Si usted desea inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar la cantidad adicional y si tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos se disminuyeron debido a un acontecimiento que ha cambiado su vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social - Información de Contacto
Llame al	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar 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. Horario de atención: de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
Sitio Web	**www.ssa.gov**

Sección 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del estado que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también cumplen los requisitos de Medicaid.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que reciben este programa también cumplen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+].)
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que reciben este programa también cumplen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+].)
- **Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado.

Método	Programa del Estado de Medicaid – Información de Contacto New York New York State Department of Health (Medicaid)
Llame al	**1-800-541-2831** **8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, 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	Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237
Sitio Web	**http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/index.htm**

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

El sitio web es.Medicare.gov (es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda ni su automóvil. Si califica, usted recibe ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por medicamentos con receta de cualquier plan de

medicamentos de Medicare. Lo que usted recibe del programa “Ayuda Adicional” también se toma en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

Si califica automáticamente para el programa "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una carta por correo. Usted no tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda recibir el programa “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para el programa “Ayuda Adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- A 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 (solicitudes); o
- A la Oficina de Medicaid de su Estado (solicitudes). (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo.)

Si usted cree que ha calificado para recibir el programa “Ayuda Adicional” y cree que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener un comprobante de su nivel de copago correcto o, si ya tiene el comprobante, proporcionárnoslo.

- Envíe la información por fax al 501-262-7070 o por correo a P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300.
- Cuando recibamos el comprobante que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su medicamento con receta en la farmacia la próxima vez. Si paga más de lo que debería de copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad del sobrepago o le compensaremos dicha cantidad en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo procesa como una cantidad que usted adeuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa de Ayuda para Medicamentos del Estado (SPAP)?

Muchos estados y las United States Virgin Islands ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa de Ayuda para Medicamentos del Estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que proporciona cobertura de medicamentos de la Parte D (excepto el programa “Ayuda Adicional”), aun así recibirá el descuento del 70% para los medicamentos de marca cubiertos. Además, durante la Etapa Sin Cobertura, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca. Tanto el descuento del 70% como el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de utilizar la cobertura del Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP) o alguna otra cobertura.

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) ofrece cobertura durante la Etapa Sin Cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por Insulinas Selectas serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa Sin

Cobertura. Nota: Este costo compartido solamente se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"). Para saber cuáles son las Insulinas Selectas, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las Insulinas Selectas según las siglas ISSP en la Lista Completa de Medicamentos (Formulario). Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

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

¿Qué es el 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 cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta 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 con receta. **Nota:** Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su Estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el Estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el Estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente.

Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripciones de su Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo asistencia. 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 de su estado que se indica a continuación.

Método	Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP) - Información de contacto New York AIDS Drug Assistance Program
Llame al	1-800-542-2437 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio Web	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

Programas de Ayuda para Medicamentos del Estado

Muchos estados tienen Programas de Ayuda para Medicamentos del Estado que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En New York, el Programa de Ayuda para Medicamentos del Estado es New York State EPIC Program.

Método	Programas de Ayuda para Medicamentos del Estado – Información de contacto New York New York State EPIC Program
Llame al	**1-800-332-3742** **8:30 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes**
TTY	**1-800-290-9138** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018
Sitio Web	**http://www.health.ny.gov/health_care/epic/**

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario 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, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios que recibe de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
Llame al	**1-877-772-5772** Las llamadas a este número son gratuitas. Si oprime el “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si oprime el “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con 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 ¿Tiene "seguro de grupo" u otro seguro de salud de un empleador?

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

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

Capítulo 3

Cómo usar el plan para recibir sus servicios médicos

Sección 1 Cómo obtener su cuidado médico como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar el plan para obtener cobertura de su cuidado médico. Contiene definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta, y otro cuidado médico cubiertos por el plan.

Para los detalles del tipo de cuidado de la salud que cubre nuestro plan y la cantidad que usted paga al obtener estos servicios, use la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 **(Tabla de Beneficios Médicos, qué cubre el plan y qué paga usted).**

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

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con licencia del estado para proporcionar cuidado y prestar 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 del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales e instalaciones de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y el costo compartido que a usted le corresponda como el pago total por los servicios que proveen. Hemos establecido un acuerdo con estos proveedores para que presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red facturan sus servicios directamente al plan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted paga solamente la parte del costo que le corresponde por los servicios que haya recibido
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen todo el cuidado médico, los servicios para el cuidado de la salud, suministros, equipos y medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado médico aparecen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos de medicamentos con receta se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de cuidado de la salud de parte del plan

Como un plan de salud de Medicare AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) debe cubrir todos los servicios que proporciona la cobertura Medicare Original así como observar todas las normas de esta misma cobertura.

En general, este plan cubrirá sus cuidados de la salud, siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla aparece en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado que 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 condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted recibe su cuidado de un proveedor que cumple los requisitos para proporcionar servicios bajo Medicare Original**. Como miembro de nuestro plan, puede recibir su cuidado de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este Capítulo).
  - Los proveedores de nuestra red están incluidos en el **Directorio de Proveedores.**
  - Si usted usa un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios cubiertos sea mayor.
  - **Tenga presente lo siguiente:** Aunque usted puede recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto en casos de cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no participe o que haya sido excluido o imposibilitado de participar en el Programa de Medicare. Si consulta a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba. Hable con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que el proveedor cumpla los requisitos para participar en Medicare.

Sección 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red del plan para obtener cuidado de la salud

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para proporcionar y supervisar su cuidado médico

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

Proveedor de cuidado primario

El proveedor de cuidado primario es el médico de la red que usted elige para proporcionar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

Qué médicos pueden ser proveedor de cuidado primario

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general.

Función del proveedor de cuidado primario

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante ya que este médico es responsable tanto de sus necesidades de cuidados de la salud de rutina como de coordinar los cuidados de su salud en general. Posiblemente usted quiera pedir ayuda a este proveedor para elegir a un especialista de la red, y para citas de seguimiento con este proveedor después de una visita con el especialista. Es importante que desarrolle y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores** al momento de su inscripción. Sin embargo, puede consultar a cualquier proveedor de la red que usted desee.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores** más actualizado o 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 al momento de inscribirse, nosotros lo seleccionaremos por usted. Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario cuando lo desee. Consulte la sección “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” enseguida.

Cómo cambiar de Proveedor de Cuidado Primario

Puede cambiar de Proveedor de Cuidado Primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su Proveedor de Cuidado Primario deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo Proveedor de Cuidado Primario en nuestro plan o usted pagará más por los servicios cubiertos.

Si desea cambiar de Proveedor de Cuidado Primario, llame a Servicio al Cliente o visite en Internet. Si el Proveedor de Cuidado Primario está aceptando más miembros del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare que incluirá este cambio.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidados de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen varios tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos: especialistas en el tratamiento de pacientes con cáncer.
- Cardiólogos: especialistas en el tratamiento de enfermedades cardíacas.
- Ortopedistas: especialistas en el tratamiento de pacientes con ciertos trastornos de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, la cantidad que le corresponde pagar por el costo compartido de los servicios cubiertos será la indicada en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, bajo el título “Fuera de la red”. Usted paga el costo compartido que le corresponde fuera de la red, aun si recibió una referencia para dichos servicios o si nos pidió una decisión de cobertura previa a su visita. Sin embargo, en caso de no haber proveedores de la red contratados, puede pedir acceso a cuidado fuera de la red a un costo compartido igual que dentro de la red. Llame a Servicio al Cliente para informarnos que necesita consultar a un proveedor fuera de la red, o si necesita ayuda para buscar un proveedor dentro de la red. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de esta guía.)

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades comunes de cuidados de la salud, es posible que usted desee consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para ver a un especialista de la red o a un proveedor especializado en salud mental y del comportamiento**. Si bien, no necesita una referencia para ver a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle al especialista adecuado para su condición de salud, responder a sus preguntas sobre el plan de tratamiento recomendado por el especialista y proporcionar el cuidado de seguimiento necesario. Para lograr una mejor coordinación de su

cuidado de la salud, le recomendamos que notifique a su proveedor de cuidado primario cuando consulte a un especialista de la red.

Consulte el **Directorio de Proveedores** para el listado de especialistas del plan disponibles a través de su red o, si prefiere, consulte el **Directorio de Proveedores** por el internet en el sitio web indicado en el Capítulo 2 de esta guía.

¿Qué debe hacer si un especialista u otro proveedor de la red dejan de prestar servicios a nuestro plan?

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le ofrezcamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para avisarle al menos 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para prestar un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, 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 el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

Para obtener ayuda, puede llamar a Servicio al Cliente al número indicado en el Capítulo 2 de esta guía.

Algunos servicios requieren la preautorización del plan para tener cobertura. El Proveedor de Cuidado Primario o el proveedor tratante tiene la responsabilidad de obtener la preautorización. Los servicios y artículos que requieren preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de atenderlo, excepto en casos de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios

cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si usa un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios cubiertos sea mayor.** La siguiente es información detallada sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Aunque usted puede recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto en casos de cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no participe o haya sido excluido o imposibilitado de participar en el Programa de Medicare. Si recibe cuidado de un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba. Hable con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que el proveedor cumpla los requisitos para participar en Medicare.
- Si obtiene servicios fuera de la red dentro de los Estados Unidos, pagaremos los servicios según las reglas de Medicare Original. En Medicare Original, los proveedores deciden si aceptan o no la asignación de Medicare. El término asignación significa que el médico, proveedor o distribuidor ha firmado un contrato con Medicare para aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total de los servicios cubiertos. La mayoría de los médicos, proveedores y distribuidores aceptan asignaciones, pero usted siempre debe verificarlo. También le recomendamos que sepa la cantidad que usted pagará por cada servicio o suministro antes de obtenerlo. Para determinar si los médicos o proveedores fuera de la red aceptan asignaciones (es decir, participan en Medicare), comuníquese con Medicare (consulte la Sección 2 del Capítulo 2 de esta **Evidencia de Cobertura**).
- No necesita obtener una referencia o preautorización cuando recibe cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, le recomendamos que pida una decisión de cobertura antes de la visita para confirmar que los servicios que recibirá tengan cobertura y sean médicamente necesarios. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura.) Esto es importante porque:
  - Sin una decisión de cobertura antes de la visita, si luego determinamos que los servicios no eran médicamente necesarios o no tenían cobertura, podríamos negar la cobertura y usted será responsable de todos los costos. Si le informamos que no cubriremos los servicios, usted tiene el derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado. Consulte el Capítulo 9 **¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja?** para instrucciones sobre cómo presentar una apelación.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que primero facture al plan. Sin embargo, si usted ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que nosotros deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 **(Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos)** para obtener información sobre lo que debe hacer si recibe una factura o cómo solicitar un reembolso.
- Si usa un proveedor fuera de la red para casos de cuidado de emergencia, servicios requeridos de urgencia o servicios de diálisis fuera del área de servicio, es posible que usted no tenga que pagar el costo compartido más alto. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

Sección 3 Cómo recibir servicios cuando necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir cuidado si tiene una emergencia médica

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

Una **"emergencia médica"** se da cuando usted, o cualquier 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 se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la funcionalidad de una extremidad o la pérdida de, o una limitación grave en, una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga 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 es necesario. **No** necesita obtener primero la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No necesita utilizar a un médico de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier parte del mundo.

¿Qué está cubierto si tiene 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. Cubrimos también servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le prestan el cuidado de emergencia decidirán en qué momento su condición 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 confirmar que su condición continúa siendo estable. Los médicos continuarán con el tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para el cuidado adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si recibe cuidado médico de seguimiento de parte de proveedores fuera de la red, usted pagará el costo compartido que le corresponde para servicios fuera de la red, el cual es mayor.

Casos que no eran una emergencia médica

En ocasiones, es difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir en busca de cuidado de emergencia, porque piensa que su salud corre grave peligro, pero el médico determina que no se trata de una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, y siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos el cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico determine que **no** se trataba de una emergencia, la cantidad del costo compartido que usted paga dependerá de donde obtenga los cuidados: de proveedores dentro la red o de proveedores fuera de la red. Si obtiene el cuidado de proveedores dentro de la

red, por lo general, la parte de los costos será más reducida que si obtuviera cuidado de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo recibir cuidado si necesita servicios de urgencia

¿Qué son "servicios requeridos de urgencia"?

Un servicio requerido de urgencia se presta en una situación que no es de emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato, pero debido a sus circunstancias, no es posible ni razonable recibir esos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios requeridos de urgencia que se prestan fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos de urgencia son: i) un dolor de garganta grave que ocurra durante el fin de semana o ii) el agravamiento inesperado de una condición que ya se sabe que usted tiene cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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 la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los procedimientos preprogramados o los tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

Sección 3.3 Obtención de cuidados durante un desastre

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 emergencia en su zona geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir cuidado de su plan.

Visite el sitio web: myAARPMedicare.com 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, su plan le permitirá recibir cuidado de proveedores fuera de la red igual que si se tratara de proveedores dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Sección 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

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

Si usted ha pagado más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 **(Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos)** para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Por los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen médico de rutina por año y usted se realiza ese examen médico de rutina pero decide hacerse otro examen médico de rutina adicional en el mismo año, usted paga el costo total del segundo examen médico de rutina. Lo que usted pague después de haber alcanzado el 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 que establece su plan.)

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es un método utilizado por médicos y científicos para poner a prueba nuevos métodos de cuidado médico, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen reclutar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio de investigación y usted manifieste su interés, alguien que trabaje en dicho estudio se comunicará con usted para informarle más sobre el estudio y verificar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo la investigación. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos del estudio **y** comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

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 participa en un ensayo clínico aprobado, usted solamente es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si usted pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ya pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación apropiada que muestre cuánto pagó. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo los demás servicios para su cuidado (no relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su Proveedor de Cuidado Primario. **No** es necesario que los proveedores que le prestan el cuidado como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesite obtener la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación si decide participar en un ensayo clínico aprobado por Medicare.

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

Sección 5.2 Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada costo?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre 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 el 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 su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, tiene la obligación de presentar documentación que muestre cuánto costo compartido ha pagado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar las solicitudes de pago.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que le realizan una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su costo compartido por esta prueba es de $20 con Medicare Original, pero que sería de $10 con los beneficios de nuestro plan. En ese caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría $20 de copago requerido por Medicare Original. Luego, usted tendría que notificarle al plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y presentar la documentación apropiada, como por ejemplo, una factura del proveedor al plan. El plan le pagaría directamente a usted $10. Por lo tanto, usted paga $10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, usted debe presentarle al plan la documentación necesaria, como por ejemplo, una factura del proveedor.

Si usted 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, excepto si Medicare cubriría el artículo o servicio incluso aunque usted **no** participara en el estudio.
- Los 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 (computerized tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

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

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

Sección 6.1 ¿Qué es 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 condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si obtener el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, 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 Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No médica para Servicios de Salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, 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 una ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es el cuidado o el tratamiento médico que **no** es voluntario o que **se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de este plan, el cuidado que obtiene de una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provee el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe de este plan se limita a los aspectos **no religiosos** del cuidado de la salud.
- Si recibe servicios de esta institución prestados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición de salud que le permita recibir servicios cubiertos en un hospital o en un centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado.
  - **Además** debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de ser admitido en el centro. De lo contrario, su estadía no será cubierta.

Usted tiene cobertura para un número de días ilimitado en el hospital, siempre y cuando su hospitalización cumpla con las normas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en el apartado **Cuidado para Pacientes Hospitalizados** en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 7 Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Quién es el propietario del equipo médico duradero después de haber realizado un número determinado de pagos mediante nuestro plan?

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio. El miembro siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, se explican otros tipos de equipo médico duradero que usted debe 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. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de equipo médico duradero alquilados, sin importar la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

¿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 estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras usted estuvo inscrito en nuestro plan no se toman en cuenta.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribe en nuestro plan. Los pagos realizados a Medicare Original no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribe en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero nunca adquirió la propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Luego, se regresa a Medicare Original. Usted tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba en Medicare Original otra vez. Todos los pagos anteriores (realizados a nuestro plan o a Medicare Original) no se toman en cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a que tiene derecho?

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

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipo de oxígeno

Si usted deja nuestro plan o médicamente no necesita el equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le preste sus servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y mantenimiento (usted seguirá siendo responsable de los copagos por oxígeno). Después de cinco años, usted decide si se queda con la misma compañía o si se cambia a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza otra vez, aunque usted siga con la misma compañía, y tendrá que pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)

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

Este capítulo le proporciona una Tabla de Beneficios Médicos que indica sus servicios cubiertos y cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de su bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información sobre pagos de este capítulo, debe conocer los gastos de su bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos.

- El "**deducible**" es la cantidad que usted debe pagar por ciertos servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. La Sección 1.2 explica más sobre el deducible de su plan.
- Un "**copago**" es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le ofrece más información sobre sus copagos.)
- El "**coseguro**" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le ofrece más información sobre sus coseguros.)

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o el programa Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos ni coseguros por los servicios cubiertos por Medicare. Asegúrese de mostrarle a su proveedor un comprobante de que usted cumple los requisitos de Medicaid o del programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible del plan?

El deducible es de $1,000. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que usted alcance el deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su copago o coseguro durante el resto del año calendario.

El deducible se aplica solamente a ciertos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios solamente después de que usted haya pagado el total de su deducible. El deducible no se aplica a ninguno de los servicios cubiertos por Medicare prestados en un Centro de Cuidado de la Salud que ha sido Aprobado a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). El deducible se aplica a los siguientes servicios:

- Acupuntura para el dolor lumbar crónico – cubierta por Medicare (solo fuera de la red)
- Servicios de Ambulancia (solo fuera de la red)
- Servicios para la Rehabilitación Cardíaca (solo fuera de la red)

- ☐ Servicios Quiroprácticos – Cubiertos por Medicare (solo fuera de la red)
- ☐ Examen de Detección de Cáncer Colorrectal – Enemas de Bario Cubiertos por Medicare (solo fuera de la red)
- ☐ Suministros para el Control de la Diabetes (solo fuera de la red)
- ☐ Plantillas o Zapatos Terapéuticos para Diabéticos (solo fuera de la red)
- ☐ Capacitación para el Automanejo de la Diabetes (solo fuera de la red)
- ☐ Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados (solo fuera de la red)
- ☐ Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio (solo fuera de la red)
- ☐ Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados (solo fuera de la red)
- ☐ Cuidado de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados (solo fuera de la red)
- ☐ Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, incluso medicamentos para quimioterapia (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (solo fuera de la red)
- ☐ Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Radiografías (solo fuera de la red)
- ☐ Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Radioterapia (incluso suministros) (solo fuera de la red)
- ☐ Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Servicios de Laboratorio (solo fuera de la red)
- ☐ Sangre (solo fuera de la red)
- ☐ Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Servicios de Diagnóstico No Radiológicos (solo fuera de la red)
- ☐ Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Servicios de Radiodiagnóstico, Sin Incluir Radiografías (solo fuera de la red)
- ☐ Cuidado de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios – Sesiones de Terapia Individual y de Grupo (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios – Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios – Terapia Ocupacional (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias (solo fuera de la red)
- ☐ Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios para Hospitalización Parcial (solo fuera de la red)
- ☐ Proveedor de Cuidado Primario (solo fuera de la red)
- ☐ Especialista (solo fuera de la red)
- ☐ Exámenes de Audición y Equilibrio – Cubiertos por Medicare (solo fuera de la red)
- ☐ Cuidado Dental que No es de Rutina – Cubierto por Medicare (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios para Podiatría – Cubiertos por Medicare (solo fuera de la red)
- ☐ Exámenes de Detección de Cáncer de Próstata – Examen Rectal Digital (solo fuera de la red)
- ☐ Prótesis y Suministros Relacionados (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios para la Rehabilitación Pulmonar (solo fuera de la red)
- ☐ Servicios de Educación sobre la Enfermedad Renal (solo fuera de la red)

- Tratamientos de Diálisis para Pacientes Ambulatorios (riñón) (solo fuera de la red)
- Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) (solo fuera de la red)
- Terapia de Ejercicios Supervisada (SET) (solo fuera de la red)
- Cuidado de la Vista – Examen de Glaucoma Cubierto por Medicare (solo fuera de la red)
- Cuidado de la Vista – Exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare (solo fuera de la red)
- Cuidado de la Vista – anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (solo fuera de la red)
- Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare después de una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (solo fuera de la red)

Sección 1.3 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Este plan tiene dos límites distintos en lo que usted tiene que pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red** es de $6,900. Esto es lo máximo que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores de la red. Lo que usted paga como deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos que reciba 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 por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y por los servicios que reciba 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 ciertos servicios tampoco se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios se indican con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.) Si usted ha pagado $6,900 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores de nuestra red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague New York State Department of Health (Medicaid) u otro tercero).
- El **máximo combinado de gastos de su bolsillo** es de $10,000. Esto es lo máximo que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores dentro y fuera de la red. Lo que usted paga como 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 de su Plan y por sus medicamentos con receta 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 ciertos servicios tampoco se toma en cuenta para alcanzar el máximo combinado de gastos de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.) Si usted ha pagado $10,000 por los servicios cubiertos, tendrá un 100% de cobertura y no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague New York State Department of Health (Medicaid) u otro tercero).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores de la red le “facturen el saldo”

Como miembro de AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO), una protección importante para usted es que, una vez que haya alcanzado los deducibles que se aplican en su caso, solamente tiene que pagar el costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se llama "facturación de saldo". Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija, por ejemplo, $15.00) usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del cargo total), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que consulte:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por el valor del reembolso de parte del plan (según lo acordado en el contrato entre el proveedor y el 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 del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le “facturó el saldo”, llame a Servicio al Cliente.

Sección 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber los servicios que cubre el plan y lo que pagará usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos de las páginas siguientes indica los servicios que cubre AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) y lo que paga usted de su bolsillo por cada servicio. El Capítulo 5 explica la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que tienen cobertura de Medicare deben prestarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios que reciba (que incluyen cuidado, servicios, suministros y equipos médicos y medicamentos con receta de la Parte B) **deben** ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios dentro de la red indicados en la Tabla de Beneficios Médicos solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preaprobación (a veces llamada “preautorización”).
  - Los servicios cubiertos que posiblemente requieren preaprobación para tener cobertura como servicios dentro de la red aparecen en letra cursiva en la Tabla de Beneficios Médicos.
  - Los proveedores de la red han acordado, según contrato, obtener una preautorización de parte del plan y aceptan no facturarle el saldo a usted.
  - Nunca necesitará una preaprobación para recibir servicios fuera de la red prestados por proveedores fuera de la red.
  - Aunque usted no necesita preaprobación para recibir servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos una decisión de cobertura por adelantado.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido sea un porcentaje de coseguro, la cantidad que usted paga depende de qué proveedor recibe 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 del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el 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.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga **más** en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros beneficios, usted paga **menos**. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual **Medicare y Usted 2023.** El manual está disponible en Internet en es.medicare.gov o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- También cubrimos sin costo para usted todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Medicare Original si utiliza un proveedor de la red. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o le observan debido a una condición médica existente, se aplicará un copago al cuidado recibido por la condición médica existente. La Tabla de Beneficios Médicos contiene información sobre la parte de los costos que le corresponde si recibe estos servicios **fuera de la red**.
- Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

La manzana indica los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Médicamente Necesario - significa servicios para el cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad o lesión que cumplen todos los siguientes criterios, según lo determinemos nosotros mismos o nuestros designados y a nuestro criterio exclusivo:

- Según los **Estándares Generalmente Aceptados de la Práctica Médica**.
- 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 pero de manera segura y eficaz.

Los **Estándares Generalmente Aceptados de la Práctica Médica** se basan en evidencia científica confiable publicada en literatura 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 de observación de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados médicos.

Si no existe evidencia científica confiable, es posible que se tomen en cuenta los estándares basados en las 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, quedará a nuestro criterio exclusivo.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Es posible que los proveedores cobren más de un solo costo compartido si usted recibe más de un servicio en una cita. Por ejemplo: • El médico le cobrará un copago por la visita al consultorio y copagos adicionales por cada radiografía tomada durante la visita. • Es posible que el hospital le cobre costos compartidos adicionales por ciertos servicios médicos y hospitalarios que reciba como paciente ambulatorio; por ejemplo, entre otros servicios, los exámenes radiológicos que se le realicen o los medicamentos de la parte B de Medicare que se le administren mientras se encuentre allí. • El farmacéutico le cobrará un copago aparte por cada receta que surta. • El costo compartido específico dependerá de los servicios que usted reciba. La Tabla de Beneficios Médicos a continuación indica el costo compartido que corresponde a cada servicio específico.		
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía que se realiza una sola vez (una vez en la vida), con fines de detección, en personas con factores de riesgo. El plan cubre este examen de detección solo si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para este examen de detección preventivo.	50% de coseguro para los miembros que cumplen los requisitos para este examen de detección preventivo. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Persistente por 12 semanas o más; • no específico, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Ocho sesiones adicionales estarán cubiertas para aquellos pacientes que muestren 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 empeora. Requisitos del Proveedor: Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”) dependiendo de si recibe servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”) dependiendo de si recibe servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
acupuntura según los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (physician assistant, PA), las enfermeras especialistas (nurse practitioner, NP) o los especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos correspondientes a su estado y cuentan con: ▯ una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y, ▯ una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del District of Columbia. ▯ El beneficio no tiene cobertura cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel		

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
apropiado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA), una enfermera especialista (NP) o un especialista en enfermería clínica (CNS) requerido por nuestras normas en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.		
Servicios de Acupuntura de Rutina Cubrimos 12 visitas de acupuntura de rutina por cada año. Este beneficio es adicional al beneficio de Acupuntura para el dolor lumbar crónico cubierto por Medicare indicado anteriormente. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen las visitas de rutina para el tratamiento del dolor neurálgico, muscular u óseo y de náuseas. No se requiere una referencia. Este beneficio no cubre el tratamiento para: ▯ Pérdida de peso ▯ Disfunción sexual ▯ Condiciones mentales (como depresión), dejar de fumar o adicción al alcohol o las drogas	Proporcionado por: Proveedores de la red del plan en su área de servicio $5 de copago*	$10 de copago*

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Cualquier otra condición no relacionada con el alivio del dolor		
Servicios de Ambulancia • Los servicios de ambulancia que tienen cobertura incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero, hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar el cuidado, pero solo si estos servicios los autoriza el plan o se prestan a un miembro cuya condición médica es tal que el uso de otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$250 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. $250 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia*.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Examen Médico de Rutina Anual Incluye un examen médico completo y una evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. No es necesario programar las visitas del Examen Médico de Rutina Anual con una separación de 12 meses entre sí, pero el límite es de una visita por cada año calendario. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.	50% de coseguro por un examen médico de rutina cada año.*
Visita de Bienestar Anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para formular o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.	50% de coseguro por la visita de bienestar anual. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Tenga en cuenta:** Su primera visita de bienestar anual tiene que realizarse al menos 12 meses después de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, si ha tenido la Parte B por 12 meses, no es necesario tener una visita “Bienvenido a Medicare” para que sus visitas de bienestar anuales tengan cobertura.		
Medición de Masa Ósea Las personas que califican (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis) tienen cobertura de los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, además de 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.	50% de coseguro por la medición de masa ósea cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Examen de Detección de Cáncer de Seno (Mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía basal, de referencia, para mujeres entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad o mayores • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.	50% de coseguro por las mamografías de detección cubiertas. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Los programas integrales de servicios para la rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y que cuentan con una orden del médico. El 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. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de aspirina (si fuera pertinente), revisar su presión arterial y darle consejos para comer sano.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.	50% de coseguro por el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Exámenes de Detección de Enfermedades Cardiovasculares Los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.	50% de coseguro para los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
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 tienen cobertura una vez cada 24 meses • Tiene cobertura para pruebas de Papanicolau cada 12 meses si tiene un alto riesgo de padecer de cáncer del cuello uterino o de la vagina, o si está en edad de procrear y ha tenido una prueba de Papanicolau anormal en los últimos 3 años • Para mujeres que no muestran síntomas de cáncer entre los 30 y 65 años de edad: Prueba de detección de HPV una vez cada 5 años, cuando se realiza junto con la prueba de Papanicolau	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos que están cubiertos por Medicare.	50% de coseguro por las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos que están cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
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).	$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	50% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.	*Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	
Examen de Detección de Cáncer Colorrectal Para personas de 45 años y mayores, los siguientes servicios están cubiertos: • Sigmoidoscopia flexible (o un enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal basado en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o un enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de detección de cáncer colorrectal y una colonoscopia con cobertura de Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.	50% de coseguro por el examen de detección de cáncer colorrectal y una colonoscopia con cobertura de Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. 50% de coseguro por cada enema de bario cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Para personas que no están en alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no durante el lapso de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección		
Colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios	No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Beneficios Dentales de Rutina Puede obtener más información sobre este beneficio consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myAARPMedicare.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Usted tiene cobertura para beneficios dentales de rutina. Para obtener más información, consulte la descripción de los beneficios dentales de rutina al final de esta tabla.* *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Evaluación de Depresión Cubrimos una evaluación por año para el diagnóstico de la depresión. La evaluación debe hacerse en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para evaluación de depresión.	50% de coseguro por una visita anual para evaluación de depresión. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Pruebas de Detección de la Diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (incluye 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 un historial de un alto nivel de glucosa en la sangre (glucemia). Es posible que estas pruebas también tengan cobertura si usted cumple otros requisitos, como por ejemplo, tener exceso de peso o un historial familiar de diabetes. Según sean sus resultados de estas pruebas, es posible que cumpla los requisitos para tener dos pruebas de detección de la diabetes cada año del plan.	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.	50% de coseguro por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (independientemente de que usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:		
• Suministros para medir el nivel de glucosa en la sangre: Medidor de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los medidores y las tiras para medir la glucosa. AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) cubre todos los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa indicados en esta lista. Generalmente no cubrimos otras marcas a menos que su médico u otro proveedor nos indique que el uso de otra marca es médicamente necesario para su situación específica. Si usted es un nuevo miembro de AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) y usa una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la	$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek®	50% de coseguro por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. 50% de coseguro por cada medidor continuo de glucosa y sus suministros que esté cubierto por Medicare, de acuerdo con las pautas de Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. Para saber el costo compartido de insulina y jeringas, consulte el

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
glucosa que no está en nuestra lista, comuníquese con nosotros en un plazo no mayor de los primeros 90 días de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de esa otra marca mientras consulta a su médico o a otro proveedor. Durante este tiempo, hable con su médico para decidir si algunas de las marcas preferidas son médicamente apropiadas para usted. Si usted o su médico creen que es médicamente necesario para usted seguir usando otra marca, puede solicitar una excepción de cobertura para que AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) siga cubriendo un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no existe una excepción de cobertura aprobada, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los primeros 90 días del año de beneficios. Si no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted (o su proveedor) pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a la marca o el producto que es adecuado para su condición médica. (Para obtener más	Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. $0 de copago por cada Medidor Continuo de Glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare, según las pautas de Medicare. No existen limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Para saber el costo compartido de insulina y jeringas, consulte el Capítulo 6 - Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.	Capítulo 6 - Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].)		
• Para personas con diabetes que tienen una enfermedad grave de pie diabético: Un par por cada año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluye las plantillas que vienen con los zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	20% de coseguro por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	50% de coseguro por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• La capacitación para el automanejo de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. Limitada a 20 visitas de 30 minutos por año, lo que equivale a un máximo de 10 horas en el primer año. La capacitación de seguimiento en los años subsiguientes está limitada a 4 visitas de 30 minutos, lo que equivale a un máximo de 2 horas por año.	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.	50% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados (Para una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento.) Entre los artículos cubiertos se incluye: sillas de rueda, 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, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) que sea médicamente necesario y que tenga cobertura de Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una marca o fabricante específicos, pídale si haría un pedido especial para usted. La lista de proveedores más actualizada se encuentra en nuestro sitio web en myAARPMedicare.com.	20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 20% de coseguro, cada vez que usted reciba equipo o suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es 20% de coseguro. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 50% de coseguro, cada vez que usted reciba equipo o suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es 50% de coseguro. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios 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 condición médica de emergencia. Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier 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 se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios necesarios para emergencias prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red.	$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital por la misma condición en un plazo no mayor de 24 horas. Si se le admite a un hospital, usted pagará los costos compartidos que se indican en la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta Tabla de Beneficios. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	
Cobertura mundial de servicios prestados en departamentos de	$0 de copago por cobertura mundial de servicios para emergencias fuera de los Estados Unidos.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
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 la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. - El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. - Los procedimientos preprogramados o los tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. - Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios mundiales. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe recibir autorización para permanecer en el hospital fuera de la red o cambiarse a un hospital dentro de la red para poder pagar el costo compartido que corresponde dentro de la red por su estadía después de la estabilización. Si permanece en el hospital fuera de la red, su estadía tendrá cobertura pero usted pagará el costo compartido que corresponde fuera de la red por su estadía después de la estabilización.	
Programa de Acondicionamiento Físico Programa Renew Active® de UnitedHealthcare® El programa Renew Active de UnitedHealthcare es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare.	Proporcionado por: programa Renew Active® $0 de copago Proporcionado por: Fitbit® $0 de copago	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Está disponible para usted sin costo adicional e incluye: • Una membresía gratuita a un gimnasio, acceso a nuestra red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios, un plan de acondicionamiento físico personalizado, además de miles de videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet. • Un programa para la agudeza mental por Internet con contenido exclusivo para los miembros del programa Renew Active de AARP® Staying Sharp. • Actividades sociales en clases y eventos locales de salud y bienestar. • Una Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active. No es necesario tener un dispositivo Fitbit. • 1 dispositivo Fitbit cada 2 años. Solamente ciertos modelos tienen cobertura. Visite fitbit.com/global/us/store/UHC para obtener información detallada. • 1 kit de ejercicios para el hogar para miembros que viven a una distancia de 15 millas o más de un centro de acondicionamiento físico participante.		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myAARPMedicare.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.		
Servicios para la Audición Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio que realice su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios si las presta un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	50% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Servicios para la Audición - Examen de Audición de Rutina Este beneficio cubre 1 examen cada año. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	Proporcionado por: Proveedores de la red del plan en su área de servicio. $0 de copago	50% de coseguro*

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Servicios para la Audición - Aparatos Auditivos: A través de UnitedHealthcare Hearing, puede elegir de una amplia selección de aparatos auditivos de marca, o la marca Relate™ de UnitedHealthcare Hearing, con programación personalizada a su pérdida de audición. Los aparatos auditivos se pueden adaptar en persona con un proveedor de la red o se pueden entregar directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada año. Los accesorios para aparatos auditivos y servicios opcionales están disponibles a la venta, pero no están cubiertos por el plan. Para acceder al beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red, debe comunicarse con UnitedHealthcare Hearing al 1-855-523-9355, TTY 711, o UHCHearing.com/Medicare. Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura.	Proporcionado por: UnitedHealthcare Hearing $175 de copago por cada aparato auditivo del nivel Silver.* $425 de copago por cada aparato auditivo del nivel Gold.* $800 de copago por cada aparato auditivo de marca del nivel Classic.* $1,225 de copago por cada aparato auditivo de marca del nivel Premier.* Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar cargos adicionales por las visitas de seguimiento opcionales.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Prueba de Detección del VIH En el caso de personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un factor alto de riesgo de infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Si se trata de mujeres que están embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.	50% de coseguro para los miembros que cumplen los requisitos para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
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 recluido en su domicilio, lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios intermitentes, o de tiempo parcial, de enfermería especializada o de un auxiliar de asistencia médica a domicilio (para tener cobertura mediante el beneficio de cuidado de asistencia	$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio proporcionadas por una agencia de asistencia médica a domicilio de la red, siempre y cuando se cumplan los criterios de Medicare. Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados para saber los copagos o coseguros correspondientes).	50% de coseguro por todas las visitas de asistencia médica a domicilio proporcionadas por una agencia de asistencia médica a domicilio, siempre y cuando se cumplan los criterios de Medicare. Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados para saber

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y del auxiliar de asistencia médica a domicilio deben sumar un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	*Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	los copagos o coseguros correspondientes). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Terapia de Infusión a Domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o de productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: Los servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según el plan de cuidado	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a Asistencia Médica a Domicilio (según se indica 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 donde usted recibió la administración o los servicios de monitoreo.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario, los servicios de un médico especialista o Asistencia Médica a Domicilio (según se indica 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 donde usted recibió la administración o los servicios de monitoreo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
☐ La capacitación y educación del paciente que, de otra manera, no están cubiertos mediante el beneficio de equipo médico duradero ☐ Monitoreo remoto ☐ Los servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y los medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Consulte "Equipo Médico Duradero" anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a equipo y suministros relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Consulte "Medicamentos con Receta de la Parte B de	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. Consulte "Equipo Médico Duradero" anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a equipo y suministros relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. Consulte "Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare" más

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	Medicare" más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Cuidados Paliativos Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarle a buscar programas de	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios para cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO).	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o 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 Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a seguir en su plan; si decide seguir en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Si se trata de servicios para cuidados paliativos o de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará al proveedor de cuidados paliativos por sus servicios para cuidados paliativos y todos los demás servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted sea parte de un programa de cuidados paliativos,		

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que le corresponde pagar a Medicare Original. Se le facturará a usted el costo compartido de Medicare Original. **Si se trata de servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usted usa o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una preautorización): • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para recibir los servicios, usted solo paga el costo compartido del plan por servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido del plan para servicios fuera de la red		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Si se trata de servicios cubiertos por AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) seguirá cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan para estos servicios. Si se trata de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con los cuidados paliativos de su condición terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con los cuidados paliativos de su condición terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (**¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?**).		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Nota: Si necesita cuidados que no son paliativos (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para hacer los arreglos necesarios. Recibir cuidados que no son paliativos a través de nuestros proveedores de la red reducirá su parte de los costos por dichos servicios.		
Vacunas Entre los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare se incluye: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene factores de riesgo alto o moderado de contraer la hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si tiene factores de riesgo y estos cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, las vacunas antigripales, las vacunas contra la hepatitis B o las vacunas contra 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, las vacunas antigripales, contra la hepatitis B o contra la COVID-19. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, como vacunas de refuerzo contra el herpes zóster o el tétanos. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido correspondiente.		
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 servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido al hospital con una indicación del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales	$360 de copago cada día, por los días 1 a 5, por el cuidado hospitalario cubierto por Medicare, cada vez que usted es admitido. $0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Si usted obtiene autorización para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red	50% de coseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Para el cuidado hospitalario para pacientes

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Servicios de enfermería normales • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, de cuidados intensivos o cuidado coronario) • Medicamentos y principios activos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios para radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos del quirófano y la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renal-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. El plan cuenta con una red de centros donde se realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es distinta de la red que aparece en la sección	después de la estabilización de su condición, su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia 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	hospitalizados, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia 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.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
'Hospitales' de su directorio de proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están en 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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) al 1-866-870-9604 TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios para trasplantes dentro de la red no son parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad, usted puede elegir proveedores de trasplantes locales, siempre y cuando los proveedores de trasplantes acepten la tarifa de Medicare Original. Si AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los	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.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decidió recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Mientras recibe cuidado en un sitio distante, también le reembolsaremos los gastos de transporte desde y hacia el hospital o el consultorio médico para recibir evaluaciones, servicios para trasplantes y cuidado médico de seguimiento. (El transporte en un sitio distante incluye, entre otros: kilometraje del vehículo, tarifa aérea en clase turista o económica y costo de taxis o de vehículos compartidos.) Es posible que también estén cubiertos los costos de alojamiento o de lugares de hospedaje (como hoteles, moteles, o de alojamiento a corto plazo) que son consecuencia de un trasplante de órgano que tiene cobertura. Puede recibir un reembolso por gastos aprobados de hasta un total de $125 por día. Los servicios de transporte no están sujetos al límite diario. • Sangre - incluso su almacenamiento y administración.		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Servicios de un médico		
Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para que su admisión sea formalmente aceptada. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere "paciente ambulatorio". A esto se le llama "observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
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 para la salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. - Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	$360 de copago cada día, por los días 1 a 5, por el cuidado hospitalario cubierto por Medicare, cada vez que usted es admitido. $0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare, hasta 90 días por cada período de beneficios. Además de 60 días adicionales de reserva de por vida. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el	50% de coseguro por el cuidado hospitalario cubierto por Medicare, cada vez que usted es admitido, hasta 90 días por cada período de beneficios. Además de 60 días adicionales de reserva de por vida. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un período de beneficios.	anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un período de beneficios.
Estadía como Paciente Hospitalizado: Servicios cubiertos que fueron recibidos en un hospital o en 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 ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en ciertos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibe	Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:	Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
mientras está en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:		
• Servicios de un médico	Consulte, más abajo, Servicios de un Médico/ Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico.	Consulte, más abajo, Servicios de un Médico/ Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico.
• Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluso materiales y servicios técnicos	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.	Consulte más abajo, Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Aparatos de prótesis y ortesis (que no sean dentales) que reemplazan,	Consulte más abajo, Suministros para	Consulte más abajo, Suministros para

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
de manera total o parcial, un órgano interno del cuerpo (incluso el tejido adyacente) o la funcionalidad de un órgano interno del cuerpo que, de manera permanente, no funciona o lo hace de manera inadecuada (incluye el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos)	Prótesis y Suministros Relacionados.	Prótesis y Suministros Relacionados.
• Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente	Consulte más abajo, Suministros para Prótesis y Suministros Relacionados.	Consulte más abajo, Suministros para Prótesis y Suministros Relacionados.
• Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional	Consulte más abajo, Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios.	Consulte más abajo, Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Beneficio de Comidas Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), si así lo recomienda un proveedor. Pautas de beneficios: - Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante un plazo de hasta 14 días - Es posible que la primera comida sea entregada hasta 72 horas después de pedirla - Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones	Proporcionado por: Mom's Meals® $0 de copago Se requiere preautorización.	
Terapia de Nutrición Clínica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando su médico lo indica. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica mediante Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare.	50% de coseguro para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Original), y dos horas cada año, después del primer año. Si hay cambios en su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento si cuenta con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y debe renovar la indicación anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.		
Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) tendrán cobertura en todos los planes de salud de Medicare para los beneficiarios de Medicare que cumplen los requisitos. El Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare es una intervención estructurada de cambio de comportamiento relacionado con la salud. Ofrece capacitación práctica para cambiar hábitos alimenticios a largo plazo, aumentar el nivel de actividad física y adoptar estrategias para resolver problemas y superar desafíos para mantener la pérdida de	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del programa MDPP.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del programa MDPP.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
peso y llevar un estilo de vida saludable.		
Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos mediante la Parte B de Medicare Original. Estos medicamentos están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra, sino que se inyectan o se administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos autorizados por el plan que usted toma mediante equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió un trasplante de órgano	$0 de copago por antígenos para alergias de la Parte B cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por todos los demás medicamentos de la Parte B cubierto por Medicare. A partir del 1 de abril de 2023, es posible que pague menos por ciertos medicamentos reembolsables. Esta lista y el costo de cada medicamento reembolsable cambian cada trimestre. Por la administración de esos medicamentos, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para	$0 de copago por antígenos para alergias de la Parte B cubiertos por Medicare. 50% de coseguro por todos los demás medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Por la administración de esos medicamentos, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en “Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o en “Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios”

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está recluida en su domicilio, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos (para inyecciones contra alergias) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de inmunodeficiencias primarias	pacientes ambulatorios (según se indica en "Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico" o en "Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios" en esta tabla de beneficios) según el lugar donde recibió la administración del medicamento o los servicios de infusión. A partir del 1 de julio de 2023, usted pagará un máximo de $35 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte B. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	en esta tabla de beneficios) según el lugar donde recibió la administración del medicamento o los servicios de infusión. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Medicamentos para quimioterapia y su administración	20% de coseguro por cada medicamento para quimioterapia cubierto	50% de coseguro por cada medicamento para quimioterapia cubierto

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
El siguiente enlace le llevará a una Lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: https://www.medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-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 condición médica. 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 requiera 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 solicitar al plan que cubra el medicamento de la Parte B. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].) Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.	por Medicare y por la administración de ese medicamento. A partir del 1 de abril de 2023, es posible que pague menos por ciertos medicamentos reembolsables. Esta lista y el costo de cada medicamento reembolsable cambian cada trimestre. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	por Medicare y por la administración de ese medicamento. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluso las reglas que debe seguir para que sus medicamentos con receta tengan cobertura. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.		
NurseLine Los servicios de NurseLine están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con una enfermera titulada (RN) sobre sus problemas y preguntas con respecto a su salud. Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myAARPMedicare.com, o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Proporcionado por: NurseLine $0 de copago	
Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación diagnóstica preventiva	50% de coseguro para la evaluación diagnóstica preventiva de la obesidad y la terapia.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de cuidado primario, donde pueda coordinarse con su plan preventivo integral. Hable con su médico de cuidado primario o con un profesional para obtener más información.	de la obesidad y la terapia.	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos Los miembros de nuestro plan con trastornos por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos mediante un Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: - Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos. - Suministro y administración de los medicamentos mediante el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) - Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias - Terapia individual y de grupo - Pruebas toxicológicas - Actividades de admisión	$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Evaluaciones periódicas		
Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías	$25 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$30 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Radioterapia (con radioisótopos), incluso materiales y suministros del técnico	$60 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones Nota: No hay ningún cargo aparte por los suministros médicos que se usan de rutina en una visita al consultorio y que se incluyen en los cargos del proveedor por la visita (por ejemplo, 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 utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que se indican.	20% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• Pruebas de laboratorio	$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Sangre - incluso su almacenamiento y administración (esto significa la preparación y el manejo de sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Además, por la administración de infusión de sangre, usted pagará el costo compartido según se indica en las siguientes secciones de esta tabla. Este costo depende de dónde haya recibido los servicios de infusión: o Servicios de un Médico/ Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico o Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria	$0 de copago por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	$0 de copago por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de diagnóstico no radiológicos	$25 de copago por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare. Entre otros servicios, se incluye: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio y pruebas de esfuerzo. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare. Entre otros servicios, se incluye: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio y pruebas de esfuerzo. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías.	$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico. $0 de copago por cada examen vascular realizado por un médico en su domicilio o en un asilo de convalecencia en el que usted vive. $60 de copago por los otros servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías, realizados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como en un centro de radiología o en una clínica médica). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más	50% de coseguro por los servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías, realizados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como en un centro de radiología o en una clínica médica). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluye: tomografías especializadas, tomografía computarizada (CT), tomografía computarizada por

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluye: tomografías especializadas, tomografía computarizada (CT), tomografía computarizada por emisión monofotónica (SPECT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).	emisión monofotónica (SPECT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios Los servicios de observación son los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le da de alta. Para que tengan cobertura los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son prestados por la indicación de un médico o de otro profesional autorizado por la ley de concesión de licencias del estado y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes al hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota**: A menos que el proveedor haya emitido una indicación para admitirle como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es probable que se le	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!" Esta hoja de datos está disponible en el sitio web es.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios de diagnóstico o de tratamiento de una enfermedad o lesión que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:		
• Servicios en un departamento de emergencias	Consulte Cuidado de Emergencia.	Consulte Cuidado de Emergencia.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Cuidado de salud mental, incluso cuidados en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin ellos, sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado	Consulte Cuidado de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios.	Consulte Cuidado de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Suministros médicos, por ejemplo férulas y yesos	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.	Consulte Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.
• Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos	Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una "manzana".	Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una “manzana”.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que usted no puede administrarse a sí mismo	Consulte Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare.	Consulte Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare.
• Servicios realizados en una clínica para pacientes ambulatorios	Consulte Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico.	Consulte Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico.
• Observación o cirugía para pacientes ambulatorios	Consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	Consulte Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria.
• Terapia de infusión para pacientes ambulatorios Si se trata del medicamento que se administra mediante infusión, a usted le corresponde pagar el costo compartido que se indica en “Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los	Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un médico o profesional, incluso visitas al consultorio médico o Cirugía ambulatoria y otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un médico o profesional, incluso visitas al consultorio médico o Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en "Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico" o en "Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria" en esta tabla de beneficios) según el lugar donde recibió la administración del medicamento o los servicios de infusión.		en centros de cirugía ambulatoria.
Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere "paciente ambulatorio". A esto se le llama "observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. También puede obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en Cirugía para Pacientes Ambulatorios y en Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.	Los costos compartidos para pacientes ambulatorios en observación se explican en Cirugía para Pacientes Ambulatorios y en Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y en Centros de Cirugía Ambulatoria.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
hoja de datos está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
Cuidado de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para la salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes vigentes del estado.	$25 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare $15 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$40 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare. $30 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
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; por ejemplo, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, consultorios de médicos y Centros para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).	$20 de copago por cada visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. $20 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	50% de coseguro por cada visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. 50% de coseguro por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	$25 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare.	$40 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Tratamiento y asesoramiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.	$15 de copago por cada sesión de terapia **de grupo** cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$30 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare.+ Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria **Nota:** Si se le va a realizar una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será considerado paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere “paciente ambulatorio”. A esto se le llama	$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un centro de cirugía ambulatoria. $295 de copago por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que	50% de coseguro por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
"observación ambulatoria". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo a su médico o al personal del hospital. Si recibe algún servicio o artículo que no sea una cirugía, es posible que exista un costo compartido adicional por dichos servicios o artículos, que incluyen, entre otros, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, ortesis, suministros o medicamentos de la Parte B. Para saber los costos compartidos específicos que debe pagar, consulte en esta tabla la sección correspondiente a los servicios o artículos adicionales que haya recibido. Consulte "Examen de Detección de Cáncer Colorrectal" anteriormente en esta tabla para obtener información sobre los beneficios del examen y la colonoscopia de diagnóstico.	alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.* $0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios. $295 de copago por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite*	50% de coseguro por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	obtener una preautorización. Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que pueden prestarse en un centro de cirugía ambulatoria disponible deben ser prestados en un centro de cirugía ambulatoria a menos que sea médicamente necesario prestarlos en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.	
	$295 de copago por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.	50% de coseguro por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) Con este beneficio, usted recibirá un crédito cargado a su UCard™ de UnitedHealthcare cada trimestre para comprar artículos de venta sin receta que tienen cobertura. Los créditos se agregan el primer día de cada trimestre (en enero, abril, julio y octubre) y vencen el último día de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre). Los artículos cubiertos incluyen productos de venta sin receta de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, caramelos para la tos y más.	Proporcionado en tiendas por: Solutran Proporcionado en Internet y por teléfono por: Firstline El crédito trimestral es de $40	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet, por teléfono o por correo a través de su catálogo. Obtenga la entrega a domicilio gratuita cuando gaste $35 o más. Para recibir un catálogo impreso, llame a Servicio al Cliente o al número que aparece en la Hoja de Información sobre Proveedores. Visite el UCard Hub en myAARPMedicare.com para encontrar tiendas participantes, consultar su saldo o realizar un pedido por Internet.		
Servicios para Hospitalización Parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o es proporcionado por un centro de salud mental comunitario. El programa es de mayor intensidad que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.	$55 de copago cada día por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	$75 de copago cada día por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios 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 prestados en el consultorio de un médico.	Los proveedores de la red de su plan que prestan estos servicios están agrupados en varios niveles. Usted pagará el copago más bajo si elige un proveedor del Nivel 1. $0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario del Nivel1 o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un proveedor de cuidado primario del Nivel 1 de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permita Medicare).	50% de coseguro por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un proveedor de cuidado primario de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permita Medicare). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	$25 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario del Nivel2 o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un proveedor de cuidado primario del Nivel 2 de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permita Medicare). Consulte su directorio de proveedores para ver la lista de proveedores de cada nivel. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	
• Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un departamento	Consulte “Cirugía para Pacientes Ambulatorios” en esta tabla para ver los copagos o coseguros aplicables por las visitas en un centro de cirugía	Consulte “Cirugía para Pacientes Ambulatorios” en esta tabla para ver los copagos o coseguros aplicables por las visitas en un centro de cirugía

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
para pacientes ambulatorios de un hospital.	ambulatoria o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.	ambulatoria o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista.	Los proveedores de la red de su plan que prestan estos servicios están agrupados en varios niveles. Usted pagará el copago más bajo si elige un proveedor del Nivel 1. $25 de copago por los servicios prestados por un especialista del Nivel 1 o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista del Nivel 1 de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otro profesional de cuidado de la salud que no es médico (según lo permita Medicare). $50 de copago por los servicios prestados por un especialista del Nivel	50% de coseguro por los servicios prestados por un especialista o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otro profesional de cuidado de la salud que no es médico (según lo permita Medicare). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	2 o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista del Nivel 2 de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otro profesional de cuidado de la salud que no es médico (según lo permita Medicare). Consulte su directorio de proveedores para ver la lista de proveedores de cada nivel. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	
• Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	50% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare. • 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 basado 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 donde se presten. • Servicios de telesalud para los miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos de salud mental concomitantes, independientemente del sitio donde se presten. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un especialista (según se indica anteriormente en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
○ Usted tiene una visita en persona en un plazo menor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para las visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud que han sido Aprobados a Nivel Federal • Servicios de Monitoreo Remoto Cubiertos por Medicare • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) con su médico de 5 a 10 minutos 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 menor de 24 horas o en la primera cita disponible. • Evaluación de video o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento del		

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
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 menor de 24 horas o en la primera cita disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud.		

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Obtención de una segunda opinión antes de una cirugía.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un especialista (según se indica anteriormente en "Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico"). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un especialista (según se indica anteriormente en "Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico"). Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, la extracción de dientes en la preparación de la mandíbula para tratar con radiación una enfermedad cancerosa neoplásica o los servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). Los servicios dentales	20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	50% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
prestados por un dentista y relacionados con el cuidado, el tratamiento, los empastes dentales, la extracción o el reemplazo de dientes, o de las estructuras que apoyan directamente los dientes, no son beneficios cubiertos por Medicare y no tienen cobertura mediante este beneficio.		
• Servicios de control, en un consultorio médico o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, si está tomando anticoagulantes, por ejemplo Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les llama servicios de la 'Clínica de Coumadin').	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en "Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico" o en "Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios" en esta tabla de beneficios) según el lugar donde reciba los servicios.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en "Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico" o en "Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios" en esta tabla de beneficios) según el lugar donde reciba los servicios.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• Servicios médicos o quirúrgicos 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 o en un asilo de convalecencia en el que usted vive.	$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, los servicios de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos. $25 de copago por los servicios prestados por un especialista del Nivel 1. $50 de copago por los servicios prestados por un especialista del Nivel 2. *Es posible que su proveedor necesite*	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se aplican en un consultorio, como se indica anteriormente en esta sección de la tabla de beneficios) según el tipo de médico que preste los servicios. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
	obtener una preautorización.	
Ciertos servicios de telesalud, incluso:		
○ Visitas Virtuales Médicas Adicionales: Servicios Requeridos de Urgencia Proveedor de Cuidado Primario Especialista Otros Profesionales de Cuidado de la Salud	$0 de copago	Sin cobertura (fuera de la red)
○ Otros tipos de Visitas Virtuales Médicas: Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Intensiva Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios ○ Terapia Ocupacional ○ Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje	$0 de copago	40% de coseguro
○ Visitas de telesalud de Salud Mental adicionales:	$0 de copago	Sin cobertura (fuera de la red)

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
▯ Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales para la salud mental. ▯ Las Visitas Virtuales de Salud Mental son visitas de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Para obtener más información y para programar una cita virtual, visite virtualvisitsmentalhealth.uhc.com. ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o a través del servicio de telesalud. Si usted decide recibir uno de estos servicios mediante el servicio de telesalud, debe utilizar un proveedor que ofrezca dicho servicio. Las Visitas Virtuales Médicas y de Salud Mental Adicionales solo están cubiertas si utiliza un proveedor de la red. Ciertos tipos de Visitas Virtuales Médicas están cubiertas tanto dentro como fuera de la red.		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
○ Las Visitas Virtuales Médicas y los Servicios Complementarios de Telesalud son visitas médicas que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores que usan Internet junto con transmisión audiovisual en vivo para realizar la visita. ○ No todas las condiciones médicas 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 que no están cubiertos por Medicare y que son prestados por proveedores que no están mencionados anteriormente no están cubiertos.		
Servicios de Podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedos en martillo o espolones calcáneos).	$25 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio. Si se trata de servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios,	50% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio. Si se trata de servicios prestados en un centro hospitalario para

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	por ejemplo una cirugía; consulte la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	pacientes ambulatorios, por ejemplo una cirugía; consulte la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Cuidado de los pies de rutina adicional El tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, corte o extirpación de callos, verrugas, callosidades y uñas. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	$25 de copago por cada visita de rutina, hasta 6 visitas cada año.*	50% de coseguro por cada visita de rutina, hasta 6 visitas cada año.*
Exámenes de Detección de Cáncer de Próstata	No hay coseguro, copago ni deducible por cada examen rectal	50% de coseguro por cada examen rectal digital cubierto por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Para hombres de 50 años y mayores; los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	digital 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 indicado en la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios en esta tabla.	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. 50% de coseguro por una prueba anual de Antígeno Prostático Específico. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Prótesis y Suministros Relacionados Son los dispositivos (aparte de los dentales) que reemplazan de manera total o parcial una parte o una función del cuerpo. Estos dispositivos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, abrazaderas ortopédicas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluso un sostén quirúrgico después de una	20% de coseguro por cada prótesis u ortesis cubierta por Medicare, incluso el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, y suministros relacionados. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	50% de coseguro por cada prótesis u ortesis cubierta por Medicare, incluso el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, y suministros relacionados. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
mastectomía), que estén cubiertos por Medicare. Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y su reparación o reemplazo. Incluye también alguna cobertura después de una extracción de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte "Cuidado de la Vista" más adelante en esta sección.	*Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	
Servicios para la Rehabilitación Pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros que padecen de 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 su enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora al día, con un máximo de 36 sesiones de servicios para la rehabilitación pulmonar, de por vida (en algunos casos hasta 72 sesiones de por vida).	$20 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Evaluación y Asesoramiento para Reducir el Uso Indebido de Alcohol	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo	50% de coseguro por el beneficio preventivo cubierto por Medicare

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol por cada año para las personas adultas que tienen Medicare (incluso mujeres embarazadas) que, aunque enfrentan problemas de uso indebido de alcohol, no dependen del alcohol. Si su evaluación de uso indebido de alcohol resulta positiva, puede recibir hasta cuatro breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si se encuentra apto y alerta durante las sesiones) que son proporcionadas por un médico de cuidado primario o un profesional médico calificado y son realizadas en un centro de cuidado primario.	cubierto por Medicare para la evaluación y asesoramiento a fin de reducir el uso indebido del alcohol.	para la evaluación y asesoramiento a fin de reducir el uso indebido del alcohol. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) A las personas que califican se les cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros que cumplen los requisitos son:** personas que tienen entre 50 y 77 años de edad, que no muestran señales ni síntomas de cáncer de pulmón pero que han	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis.	50% de coseguro por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
fumado tabaco por un mínimo de 20 cajetillas-año, y que fuman actualmente o que han dejado de fumar hace menos de 15 años. Si reciben una indicación por escrito 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 con los criterios de Medicare para esas visitas y la indicación debe ser emitida por un médico o por un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado. **Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis:** el miembro debe contar con una indicación por escrito para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación debe ser emitida en una visita adecuada por un médico o por un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado. Si en una visita subsiguiente de		

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón, un médico (o un profesional de cuidado de la salud que, sin ser médico, esté debidamente calificado) opta por indicar una tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.		
Pruebas de Detección de Infecciones de Transmisión Sexual (STI) y Asesoramiento para Prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las indica, estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. Cada año, también cubrimos hasta dos sesiones individuales en persona, de	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y el asesoramiento para prevenirlas.	50% de coseguro por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y el asesoramiento para prevenirlas. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
20 a 30 minutos cada una, de terapia conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario y son realizadas en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.		
Servicios para Tratar Enfermedades Renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar a los miembros cómo cuidar de sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones bien informadas sobre su cuidado. Si se trata de miembros que padecen de enfermedad renal crónica en etapa IV, si cuentan con una referencia del médico, cubrimos, una vez en la vida, hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal.	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.	50% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se indica en el Capítulo 3) o cuando el proveedor que presta el servicio no está a su disposición ni accesible temporalmente	20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	20% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• Capacitación para realizarse usted mismo la diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su domicilio)	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.	50% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado para recibir cuidados especiales)	Estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes: Consulte la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.	Estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes: Consulte Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Equipos y suministros para realizar la diálisis en su domicilio	Consulte Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.	Consulte Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.
• Ciertos servicios de apoyo en su domicilio (por ejemplo, según sea necesario, visitas con especialistas en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en su propio domicilio, para ayudarle en casos de emergencia, y para revisar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos mediante su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	Consulte Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.	Consulte Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) (Para una definición de “cuidado en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada también se	$0 de copago cada día, por los días cubiertos por Medicare, 1 a 20. $196 de copago cada día, por los días cubiertos por Medicare, 21 a 56.	50% de coseguro por cada estadía cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada, hasta 100 días.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
les llama "SNF" [skilled nursing facility].) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, por ejemplo 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 proporcionan normalmente los centros de enfermería especializada • Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los centros de enfermería especializada	$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare, hasta 100 días. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*. Usted tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficios para recibir 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 cubierto por Medicare. El período de beneficios termina	Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. Usted tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficios para recibir 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 cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en un hospital ni en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Radiografías y otros servicios para radiología que normalmente prestan los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada • Servicios de un médico/ profesional No se requiere una estadía previa en el hospital de 3 días. Generalmente, usted recibe el cuidado en centros de enfermería especializada de la red. Sin embargo, en ciertos casos que se indican a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido que corresponde dentro de la red 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 hasta justo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando proporcione el cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada donde su cónyuge	cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en un hospital ni 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, comenzará un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.	enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
está viviendo en el momento en que usted sale del hospital.		
Tratamiento del Tabaquismo (Asesoramiento para Dejar de Fumar o de Usar Tabaco) Si usa tabaco, en un período de 12 meses cubrimos, como un servicio preventivo, dos asesoramientos para que trate de dejar el tabaco. Cada asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el tratamiento del tabaquismo.	50% de coseguro por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el tratamiento del tabaquismo. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
Terapia de Ejercicios Supervisada (SET) La Terapia de Ejercicios Supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) tiene cobertura para los miembros que presentan síntomas de arteriopatía periférica (peripheral artery disease, PAD) y que tienen una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. Si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicios Supervisada, tienen cobertura hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas. El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe:	$20 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	50% de coseguro por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
☐ Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos que sean parte de un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para pacientes que padecen de arteriopatía periférica y presentan claudicación ☐ Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico ☐ Ser prestado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para arteriopatía periférica ☐ Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera especialista clínica, debidamente capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital Si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario, 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.		

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
Servicios Requeridos de Urgencia Los servicios requeridos de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato, pero debido a sus circunstancias, no es posible ni razonable recibir los servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato. El costo compartido por los servicios requeridos de urgencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red. Los servicios cubiertos incluyen los servicios requeridos de urgencia recibidos en una clínica sin previa cita o en un centro de cuidado de urgencia. La cobertura mundial de 'servicios requeridos de urgencia' cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, lesión o condición inesperada que no puede esperar	$40 de copago por cada visita. $0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios a nivel mundial. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.	

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
hasta el regreso al área de servicio de nuestro plan. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.		
Servicios para la Vista Los servicios cubiertos incluyen:		
• Servicios médicos ambulatorios prestados por un oftalmólogo u optometrista para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos, incluso el diagnóstico y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad (cataratas). Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización*.	50% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• En el caso de personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma se incluyen: personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y personas de origen hispano de 65 años o más.	$0 de copago por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.	50% de coseguro por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
• Para las personas que tienen diabetes o presentan síntomas o señales de enfermedad del ojo, los exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo tienen cobertura según las pautas de Medicare. A quienes padecen de diabetes asintomática, se les recomienda realizarse exámenes anuales con un oftalmólogo o con un optometrista. • Para las personas que tienen diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	$0 de copago por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista. *Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.*	50% de coseguro por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular (Medicare no cubre pares de anteojos o lentes de contacto adicionales). Si le realizan dos cirugías de cataratas, no puede reservar el beneficio que corresponde a la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía. Los anteojos que tienen cobertura después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar, según lo definido	$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.	50% de coseguro por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
por Medicare; las versiones mejoradas no están cubiertas (incluso, entre otros, marcos de lujo, lentes de colores, lentes progresivos o el recubrimiento antirreflejante).		
Servicios para la Vista - Examen de la Vista de Rutina Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. 1 examen de la vista de rutina (refracción ocular) cada año	Proporcionado por: UnitedHealthcare Vision® o proveedores de la red del plan $0 de copago	50% de coseguro. Estos beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.*

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, su coseguro o su copago sean menores al recibir servicios cubiertos por Medicare Original.

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios 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 y marcos estándar cada año Los lentes estándar que tienen cobertura total incluyen los lentes monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares y lentes progresivos del Nivel I (estándar). o Lentes de contacto, en lugar de lentes y marcos, cada año Una vez que los lentes de contacto han sido seleccionados y ajustados, estos no se pueden cambiar por anteojos. El plan pagará hasta la cantidad que se indica para anteojos o lentes de contacto cubiertos. Usted es responsable de cualquier costo después de eso. Las opciones que no tienen cobertura incluyen (entre otros) artículos para la vista sin receta, lentes progresivos mejorados, bifocales sin línea, lentes	Proporcionado por: UnitedHealthcare Vision® $0 de copago. El plan paga hasta $150 para la compra de marcos (con lentes estándar totalmente cubiertos) o lentes de contacto (es posible que exista un costo adicional por el ajuste y la evaluación). Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red de UnitedHealthcare Vision.	

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
de índice alto, lentes de colores, revestimiento antirayaduras, lentes ultravioleta (UV) o revestimiento antirreflectante y lentes de policarbonato. Es posible que este beneficio no se pueda combinar con ninguna otra oferta promocional de una tienda, tales como ventas de 2 por 1, descuentos o un cupón. Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myAARPMedicare.com o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.		
Visita Preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como información educativa y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas), además de referencias para recibir otro tipo de	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, uno solo, si es indicado como resultado de su visita preventiva	50% de coseguro por la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo. 50% de coseguro por un electrocardiograma cubierto por Medicare,

Servicios Cubiertos	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Dentro de la Red	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios Fuera de la Red
cuidado, si lo necesita. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solamente si se realiza dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio médico que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	"Bienvenido a Medicare". Si son necesarios otros electrocardiogramas, consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.	uno solo, si es indicado como resultado de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Si son necesarios otros electrocardiogramas, consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.

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

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos que Están Incluidos en su Plan

- Por regla general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos o de rutina. Su Beneficio de Routine Dental de UnitedHealthcare proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen en detalle a continuación.
- Los servicios que no aparecen en la lista NO están cubiertos.
- Este plan dental ofrece acceso a la amplia National Medicare Advantage Network de UHC Dental. Los dentistas de la red han aceptado prestar servicios a tarifas negociadas. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar más que esas tarifas por los servicios cubiertos dentro de las limitaciones del plan. Usted será responsable de todos los costos relacionados con servicios que no tienen cobertura.
- Para recibir ayuda para buscar un proveedor, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en myAARPMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar al 1-866-870-9604 para que le ayuden a buscar un proveedor o programar una cita dental
- Este plan dental ofrece cobertura dental dentro de la red y fuera de la red, y todos los servicios cubiertos tienen un copago de $0. Los dentistas fuera de la red no están contratados para aceptar los pagos del plan como pago total, por lo que es posible que le cobren una cantidad mayor de lo que paga el plan, incluso por los servicios que tienen un copago de $0. Por lo tanto, consultar a un proveedor de la amplia red dental puede resultar en ahorros sustanciales. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a todos los máximos de beneficios, limitaciones o exclusiones que se aplican dentro de la red.
- Algunos servicios cubiertos pueden tomar en cuenta el historial y los procedimientos dentales previos, junto con las limitaciones en la frecuencia. Si desea consultar información detallada sobre su plan con su dentista, puede encontrarla en la guía de referencia rápida de Medicare de UHC Dental en uhcmedicaredentalproviderqrg.com.
- Cuando los servicios dentales cubiertos que usted recibe son prestados por un dentista de la red, el dentista presentará el reclamo en nombre de usted. Cuando usted consulta a un dentista fuera de la red, con frecuencia el dentista presentará un reclamo en nombre de usted. Si no es así, usted puede presentarlo directamente siguiendo las siguientes instrucciones:
    - 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 ADA correspondientes

$0 de costo compartido por cuidado dental dentro la red, solamente los servicios especificados. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.

        - Comprobante de pago en la forma de recibo, copia de cheque, EOB o un estado de cuenta del proveedor que muestre un pago positivo por los servicios prestados
    - Envíe por correo toda la información del reclamo necesaria en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha del servicio a: **P.O. Box 30567, Salt Lake City, UT 84130**
    - El pago se enviará a la dirección que se indica en su cuenta. Para actualizar su dirección o para recibir ayuda con la presentación de reclamos, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-870-9604, TTY 711.
    - Los reclamos se pagan en un plazo no mayor de 30 días y una Explicación de Pago (Explanation of Payment, EOP) se enviará con el pago del cheque
- Es posible que los dentistas le pidan que firme un formulario de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios, los costos y las alternativas para todos los tratamientos recomendados. Si desea obtener más información sobre cómo se relaciona la cobertura de su plan dental con el tratamiento y los costos dentales propuestos, puede pedirle a su dentista que obtenga un cálculo del costo previo al tratamiento de UHC Dental. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, puede comunicarse con UHC Dental utilizando el número de teléfono o el sitio web que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de Miembro.
- Si tiene alguna otra pregunta o desea obtener más información, llame al 1-866-870-9604, TTY 711, o visite myAARPMedicare.com

Códigos de la American Dental Association (ADA):	**Descripción del Procedimiento Dental:**	**Frecuencia:**	**Criterios y Exclusiones:**	**Copago**
Los procedimientos dentales cubiertos se indican con estos códigos, que usan los dentistas para presentar reclamos dentales. Las categorías ofrecen una referencia fácil.	Descripción fácil de interpretar del código de procedimiento dental	Con qué frecuencia UnitedHealthcare pagará el procedimiento dental	Condiciones según las cuales UnitedHealthcare pagará este procedimiento y situaciones en las que UnitedHealthcare NO pagará el procedimiento	*$0 de costo compartido por cuidado dental dentro la red, solamente los servicios especificados. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0.
Exámenes				
D0120	Examen periódico de rutina realizado durante la revisión	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre exámenes bucales periódicos, limitados e integrales, además de detallados/ extensos. No cubre exámenes periodontales	$0*
D0150	Examen integral (para paciente nuevo, o paciente	Un procedimiento cada tres años del plan		$0*

$0 de costo compartido por cuidado dental dentro la red, solamente los servicios especificados. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del Procedimiento Dental:	Frecuencia:	Criterios y Exclusiones:	Copago
	establecido, después de 3 años o más sin que haya habido un tratamiento dental)		aparte de los exámenes periódicos, limitados o integrales. Se cubre solamente un código de examen por cada cita.	
Radiografías				
D0210	Radiografías panorámicas/de la boca completa para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre una serie completa de radiografías intrabucales. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	$0*
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso	Un procedimiento por cada año del plan	No tienen cobertura el mismo año en que se realicen radiografías de la boca completa (D0210).	$0*

$0 de costo compartido por cuidado dental dentro la red, solamente los servicios especificados. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del Procedimiento Dental:	Frecuencia:	Criterios y Exclusiones:	Copago
D0330	Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre radiografías panorámicas. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	$0*
Limpiezas				
D1110	Limpieza dental estándar para adultos	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la profilaxis de adultos. No tiene cobertura el mismo día en que se realicen D4910 o D4355.	$0*
D4910	Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene un historial documentado de enfermedad de las encías	Tres procedimientos por cada año del plan	Cubre el mantenimiento periodontal. Tiene cobertura solo con historial de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) o cirugía periodontal.	$0*
Otros Servicios Preventivos				

$0 de costo compartido por cuidado dental dentro la red, solamente los servicios especificados. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Códigos de la American Dental Association (ADA):	Descripción del Procedimiento Dental:	Frecuencia:	Criterios y Exclusiones:	Copago
D1206, D1208	Fluoruro	Dos procedimientos por cada año del plan	Cubre la aplicación tópica de fluoruro (con o sin barniz).	$0*
D1310	Asesoramiento nutricional	Un procedimiento por cada año del plan	Cubre el asesoramiento sobre hábitos alimenticios como parte del tratamiento y control de la enfermedad de encías o caries.	$0*
D1354	Aplicación de medicamento en un diente para detener o impedir la formación de caries	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la aplicación de medicamentos que detienen la caries temporalmente, por cada diente en un diente cariado no sintomático.	$0*

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 exclusivamente por razones cosméticas o estéticas.

$0 de costo compartido por cuidado dental dentro la red, solamente los servicios especificados. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.

5. Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un entorno dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad dental, lesión o anomalía dental congénita.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de la American Dental Association en terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para cierta condición no implica que tendrá cobertura si dicho procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o por responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a personas que tienen cobertura de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
10. Los gastos de los procedimientos dentales que comenzaron antes de que las personas cubiertas cumplieran los requisitos del plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha de término de la póliza individual; se incluyen también los servicios dentales para las condiciones dentales que surgieron antes de la fecha de término de la póliza individual.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es miembro de la familia de la persona cubierta. Esto incluye cónyuge, hermano, hermana, padre, madre, hijo o hija.
13. Cargos por no acudir a una cita programada sin notificar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
14. Los servicios que no aparecen en la lista anterior no están cubiertos.

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 (ADA) publica cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden ser modificados durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.

$0 de costo compartido por cuidado dental dentro la red, solamente los servicios especificados. Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que usted puede comprar

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original ni se incluyen en el paquete de beneficios que recibe como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman **"Beneficios Complementarios Opcionales"**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Cómo agregar Beneficios Complementarios Opcionales a su plan

Para poder comprar la Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales, debe estar inscrito en el plan. La compra de la Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales es opcional. Puede comprar la cláusula adicional al momento de inscribirse en su plan o en un plazo no mayor de 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan.

Cómo inscribirse en los Beneficios Complementarios Opcionales

Para inscribirse en una Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales, llame a Servicio al Cliente al número que se indica en la portada. Por lo general, las solicitudes completadas para elegir una Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales que se reciban a más tardar el último día del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Cómo cancelar su inscripción en un Plan de Beneficios Complementarios Opcionales

Si desea cancelar su inscripción en una Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales, llame a Servicio al Cliente al número que se indica en la portada.

Las solicitudes para cancelar una inscripción en una Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales que se reciban a más tardar el último día del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Los miembros serán responsables de pagar la prima de la Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales del mes siguiente si la solicitud para cancelar la inscripción se recibe después del último día del mes en curso. Si cancela su inscripción en una Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales, esto no tendrá como resultado la cancelación de su inscripción en el plan de salud.

El hecho de que usted no pague las primas de una Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales no tendrá como resultado la cancelación de su inscripción en el plan de salud, solamente perderá su Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales y regresará al plan de beneficios básicos.

Si está recibiendo algún tratamiento dental al momento de la cancelación de la Cláusula Adicional, su consultorio dental completará el procedimiento. Si cancelamos el contrato con su consultorio dental, o si su consultorio dental cancela su contrato con nosotros, será nuestra responsabilidad garantizar que usted reciba sus beneficios dentales en otro consultorio dental.

Reembolso de la Prima

Los miembros inscritos en un Plan de Beneficios Complementarios Opcionales pagan una prima mensual del plan y tienen el derecho a que se les reembolse el sobrepago que pudieran haber

realizado de las primas del plan durante el transcurso del año o al momento de cancelar su inscripción. El sobrepago de las primas del Plan de Beneficios Complementarios Opcionales será reembolsado según sea necesario, mediante una solicitud, o al cancelar la inscripción. El reembolso de los sobrepagos se realizará en un plazo no mayor de 30 días hábiles a partir de la notificación. Podemos aplicar el sobrepago de las primas del Plan de Beneficios Complementarios Opcionales a las primas mensuales de su plan de salud, si corresponde.

Cláusula Adicional Platinum Dental

La cobertura de la Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales que se explica a continuación se aplica solamente a los miembros que se hayan inscrito en la cláusula dental y estén pagando la prima mensual correspondiente.

Si desea inscribirse en esta Cláusula Adicional de Beneficios Complementarios Opcionales pero todavía no lo ha hecho, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía. Puede inscribirse en la Cláusula Adicional al momento de inscribirse en su plan o en un plazo no mayor de 3 meses después de la fecha de vigencia de su plan. Para los miembros que siguen en un plan año tras año, su plan entra en vigencia el 1 de enero del año del plan; por lo tanto, puede inscribirse en la cláusula adicional durante el Período de Inscripción Anual para que la fecha de vigencia sea el 1 de enero o en un plazo no mayor de 3 meses después de la fecha de vigencia de ese año del plan.

Le presentamos la Cláusula Adicional Platinum Dental

Sabemos que para usted es importante tener opciones al seleccionar beneficios de cuidado de la salud. La Cláusula Adicional Platinum Dental es un paquete de beneficios complementarios opcionales que se puede comprar para reemplazar cualquier beneficio dental que posiblemente ya se ofrezca en su plan Medicare Advantage. La Cláusula Adicional Platinum Dental no se puede combinar con ningún otro beneficio dental que posiblemente ya esté incluido en su plan. Se la ofrecemos por una prima mensual de $52.00. Esta prima es adicional a la prima que usted paga por el plan Medicare Advantage.

Beneficios Cubiertos de la Cláusula Adicional Platinum Dental:
Máximo Anual: $1,500

- Por regla general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos o de rutina. Su Beneficio de Routine Dental de UnitedHealthcare proporciona cobertura para servicios dentales, tanto preventivos como otros que sean necesarios, tales como:
  - Exámenes
  - Limpiezas (Profilaxis, Mantenimiento Periodontal y Limpiezas Profundas))
  - Empastes Dentales
  - Coronas
  - Puentes
  - Conductos Radiculares
  - Dentaduras Postizas Parciales
  - Dentaduras Postizas Completas
  - Implantes

- Los procedimientos utilizados solamente por razones estéticas (blanqueado de los dientes, carillas dentales, recontorneo gingival), ortodoncia, mantenimiento de espacios, impuestos sobre la venta, cargos por no acudir a las citas, administración de casos dentales, cargos dentales relacionados con la detección, pruebas y vacunas de COVID y los procedimientos no especificados según indique el informe no están cubiertos por el plan. Una vez que se haya alcanzado el máximo anual, usted será responsable de todos los cargos restantes. Otras limitaciones y exclusiones se indican a continuación.
- Este plan dental ofrece acceso a la amplia National Medicare Advantage Network de UHC Dental. Los dentistas de la red han aceptado prestar servicios a tarifas negociadas. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar más que esas tarifas por los servicios cubiertos dentro de las limitaciones del plan. Usted será responsable de todos los costos relacionados con servicios que no tienen cobertura.
- Para recibir ayuda para buscar un proveedor, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en myAARPMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar al 1-866-870-9604 para que le ayuden a buscar un proveedor o programar una cita dental
- Este plan dental ofrece cobertura dental dentro de la red y fuera de la red, y todos los servicios cubiertos tienen un copago de $0. Los dentistas fuera de la red no están contratados para aceptar los pagos del plan como pago total, por lo que es posible que le cobren una cantidad mayor de lo que paga el plan, incluso por los servicios que tienen un copago de $0. Por lo tanto, consultar a un proveedor de la amplia red dental puede resultar en ahorros sustanciales. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a todos los máximos de beneficios, limitaciones o exclusiones que se aplican dentro de la red.
- Algunos servicios cubiertos pueden tomar en cuenta el historial y los procedimientos dentales previos, junto con las limitaciones en la frecuencia. Si desea consultar información detallada sobre su plan con su dentista, puede encontrarla en la guía de referencia rápida de Medicare de UHC Dental en uhcmedicaredentalproviderqrg.com.
- Cuando los servicios dentales cubiertos que usted recibe son prestados por un dentista de la red, el dentista presentará el reclamo en nombre de usted. Cuando usted consulta a un dentista fuera de la red, con frecuencia el dentista presentará un reclamo en nombre de usted. Si no es así, usted puede presentarlo directamente siguiendo las siguientes instrucciones:
  - 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 ADA correspondientes
    - Comprobante de pago en la forma de recibo, copia de cheque, EOB o un estado de cuenta del proveedor que muestre un pago positivo por los servicios prestados
  - Envíe por correo toda la información del reclamo necesaria en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha del servicio a: **P.O. Box 30567, Salt Lake City, UT 84130**.
  - El pago se enviará a la dirección que se indica en su cuenta. Para actualizar su dirección o para recibir ayuda con la presentación de reclamos, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-870-9604, TTY 711.
  - Los reclamos se pagan en un plazo no mayor de 30 días y una Explicación de Pago (Explanation of Payment, EOP) se enviará con el pago del cheque
- Es posible que los dentistas le pidan que firme un formulario de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios, los costos y las alternativas para todos los tratamientos

recomendados. Si desea obtener más información sobre cómo se relaciona la cobertura de su plan dental con el tratamiento y los costos dentales propuestos, puede pedirle a su dentista que obtenga un cálculo del costo previo al tratamiento de UHC Dental. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, puede comunicarse con UHC Dental utilizando el número de teléfono o el sitio web que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro.

- Si tiene alguna otra pregunta o desea más información, llame al 1-866-870-9604, TTY 711 o visite myAARPMedicare.com

Recuperación de Pagos

Con respecto a los beneficios que son formalmente pagaderos conforme a la Cláusula Adicional Platinum Dental, nos reservamos el derecho de deducir de ellos la cantidad de cualquier pago realizado:

1. Por error
2. Debido a una declaración errónea contenida en un reclamo
3. Debido a una declaración hecha erróneamente a fin de obtener cobertura
4. Si se trata de una persona que no cumple los requisitos, esta deducción se puede realizar contra cualquier reclamo que usted presente conforme a la Cláusula Adicional Dental, si el pago se realizó para la persona que no cumple los requisitos. No se puede presentar una solicitud de reembolso del total o de una parte del pago hecho (a usted o a un dentista) por un reclamo después de que hayan transcurrido 24 meses a partir de la fecha de pago del reclamo. Las únicas excepciones a este caso son cuando el pago se realizó debido a un fraude cometido por usted o por el dentista, o si usted o el dentista han acordado, de una u otra manera, efectuar un reembolso por el sobrepago de un reclamo.

Liberación de Responsabilidad Civil

Todo pago realizado según las disposiciones de la Cláusula Adicional Platinum Dental nos liberará completamente de toda responsabilidad civil en lo que concierne a tal pago.

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 sean necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice exclusivamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un entorno dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de la American Dental Association en terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para cierta condición no implica que tendrá cobertura si dicho procedimiento se

considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o por responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a personas que tienen cobertura 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. Gastos de procedimientos dentales que comenzaron antes de que las personas cubiertas cumplieran los requisitos de participación en el plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha de cancelación de la póliza individual, incluidos los servicios dentales para condiciones dentales que hayan surgido antes de la fecha de cancelación de la póliza individual.
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 faltar a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación, por impuesto sobre las ventas, o por duplicar o copiar los registros del paciente.
14. Blanqueo dental o microabrasión del esmalte
15. Carillas dentales
16. Ortodoncia
17. Liberación sostenida del medicamento terapéutico (D9613)
18. Prueba de detección, examen y vacunas contra la COVID-19
19. Cargos alienados 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.
20. Mantenedor de espacio
21. 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 (ADA) publica cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden ser modificados durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado médico usando el beneficio opcional de visitante/viajero

Es posible que usted pueda recibir cuidado cuando se encuentre fuera del área de servicio. No tiene que pagar nada adicional en caso de una emergencia médica o si requiere cuidado de urgencia. También puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red (según se describe en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo); sin embargo, es posible que la parte que le corresponde por los servicios cubiertos sea mayor. Si tiene preguntas sobre sus costos médicos mientras se encuentra de viaje, llame a Servicio al Cliente.

Programa UnitedHealth Passport®

Todos los servicios cubiertos según esta Evidencia de Cobertura tienen cobertura mientras usted viaja fuera del área de servicio del plan, siempre y cuando los servicios cubiertos se reciban en el

área de servicio de una “Organización Afiliada” y usted cumpla los requisitos indicados a continuación. Una “Organización Afiliada” es una entidad, de nuestra propiedad o bajo nuestro control, que participa en el programa UnitedHealth Passport a fin de proporcionarle cobertura cuando usted se encuentra en el área de servicio de la Organización Afiliada. No todos nuestros planes Medicare Advantage son Organizaciones Afiliadas para fines del programa UnitedHealth Passport. Para obtener más información acerca de las Organizaciones Afiliadas que participan en el programa UnitedHealth Passport, llame a Servicio al Cliente.

Requisitos:

- Reunir los requisitos del programa UnitedHealth Passport solamente cuando abandona el área de servicio del plan por un período amplio de tiempo, pero no superior a nueve meses consecutivos. Sin mínimo a corto plazo. Usted debe dirigirse al área de servicio de la organización afiliada para recibir la cobertura.
- Debe notificarnos con anticipación que planea estar fuera del área de servicio de este plan y desea activar su cobertura del programa UnitedHealth Passport. Llame al número de servicio al cliente que se encuentra en el Capítulo 2 de esta guía, para que le expliquemos el programa UnitedHealth Passport y reciba una referencia para los médicos contratados de la Organización Afiliada.
- Una vez que use los servicios de un médico de la red en el área de servicio de la organización afiliada adónde viaja, podrá acceder a todos los servicios cubiertos cuando lo necesite sin necesidad de darnos aviso otra vez.
- Usar el programa UnitedHealth Passport requiere que usted acepte obtener los servicios cubiertos a través de los médicos contratados de la organización afiliada o de otros proveedores de la red. Hasta que nosotros le hayamos hecho saber el nombre de un proveedor de la red en el área de servicio de la organización afiliada, usted está obligado a notificarnos antes de obtener cualquier servicio de cuidado de la salud. Este requisito no se aplica a servicios de ambulancia de emergencia, servicios de emergencia, servicios de cuidado de postestabilización, diálisis fuera del área, servicios requeridos de urgencia o servicios cubiertos aprobados por nosotros o solicitados por un proveedor de la red, de acuerdo con los términos de la Evidencia de Cobertura.
- Debe dar su autorización a los médicos contratados de la organización afiliada y a otros proveedores para que soliciten los registros médicos de su proveedor de cuidado primario, y además, debe dar su autorización a estos médicos y a otros proveedores para que envíen sus registros médicos a su proveedor de cuidado primario para garantizar la continuidad de su cuidado médico. Usted también acepta cooperar con estos médicos y otros proveedores.
- Tan pronto como pueda, debe darnos aviso de que ha regresado al área de servicio del plan. Si no regresa al área de servicio en un plazo no mayor de nueve meses, a partir de la activación del programa UnitedHealth Passport, las normas federales exigen darle de baja el primer día del mes que coincida con el vencimiento del periodo de nueve meses del programa UnitedHealth Passport o del mes posterior a dicho vencimiento.

La cobertura entrará en vigencia el primer día que usted se encuentre en el área de servicio de una organización afiliada. Usted debe seguir pagando cualquier prima correspondiente del plan, y las primas de la Parte A o de la Parte B de Medicare. Cualquier copago o coseguro, el máximo anual de gastos de su bolsillo y los límites de beneficios que se aplican a su cobertura bajo esta

Evidencia de Cobertura también se aplican a los servicios cubiertos recibidos bajo el programa UnitedHealth Passport. Todos los proveedores que consulte a través del programa UnitedHealth Passport serán considerados de Nivel 2 por todos los beneficios o servicios clasificados por niveles que usted reciba. Los copagos y el coseguro deben pagarse al médico contratado de la organización afiliada o a algún otro proveedor al momento del obtener el servicio o cuando el médico o proveedor presente la factura.

El mismo proceso de apelación descrito en el Capítulo 9 **Qué hacer si tiene un problema o queja**, en esta guía, está disponible para los beneficios que usted recibe mediante el programa UnitedHealth Passport.

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

Sección 3.1 Servicios sin cobertura (exclusiones)

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

La tabla siguiente indica servicios y artículos que no están cubiertos en ningún caso o que están cubiertos solamente en ciertos casos específicos.

Si recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), usted debe pagarlos, excepto en las situaciones específicas indicadas a continuación. Aunque 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 es apelado y en la apelación se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son todos 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 los cubra nuestro plan. (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.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio.	✓	
Cuidado de Custodia. El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios domésticos que incluyen la ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas.	✓	
Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar por su cuidado.	✓	
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 reconstrucción de una mastectomía de seno, al igual que para el seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Servicios Quiroprácticos (cubiertos por Medicare)		La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación tiene cobertura. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual de la columna vertebral para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que forman parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyen en el costo de la abrazadera. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. (Según se describe específicamente en la Tabla de

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
		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 según se indica en el Capítulo 6.)
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía por elección, 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.	✓	
Acupuntura (cubierta por Medicare).		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas 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 cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
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 recoge 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 que se incurran fuera de las zonas rurales de New York.
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 de la vivienda y del automóvil y equipo de ejercicio.	✓	
Vacunas para viajes al extranjero.	✓	
Solicitudes de pago (pedir al plan que pague la parte que le corresponde de los costos) por medicamentos cubiertos enviadas 36 meses después de haber surtido su receta.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Equipos o suministros que acondicionen el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado, medias de soporte y otros equipos que principalmente no sean de naturaleza médica.	✓	
Cualquier cuidado que no es de emergencia y que sea recibido fuera de los Estados Unidos y de los territorios de los Estados Unidos.	✓	
Para trasplantes: los artículos sin cobertura incluyen, entre otros, los que se indican a continuación. Para transporte: - Alquiler, compra, 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). - Viaje terrestre o aéreo no relacionado con citas médicas - Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el hospital Para alojamiento:	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Depósitos Servicios públicos (si se facturan aparte del pago del alquiler) Llamadas por teléfono, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo Gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo Comidas		

Revisamos periódicamente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los términos y las condiciones del plan, incluso la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones de pago del miembro que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para analizar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los que están relacionados con la salud del comportamiento o con la salud mental. Cuando es clínicamente necesaria 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 en base a la documentación médica del miembro en particular, la revisión de la evidencia científica publicada y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con experiencia en esa tecnología.

Capítulo 5

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

Sección 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de los medicamentos en cuidados paliativos.

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

Por regla general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe emitirle una receta que debe ser válida, según las leyes vigentes del estado.
- El profesional que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, **Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través de una farmacia con servicio de pedidos por correo del plan.)**
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan (para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, **Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan.**)
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o respaldado por libros de referencia específicos. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre lo que es una indicación médicamente aceptada).

Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

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 los casos en que 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 con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

Cómo buscar una farmacia de la red en su área

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (myAARPMedicare.com) o llamar a Servicio al Cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué debe hacer si la farmacia que usa deja la red?

Si la farmacia que usa deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede recibir ayuda de Servicio al Cliente o usar el **Directorio de Farmacias.** También encontrará esta información en nuestro sitio web myAARPMedicare.com.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

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 alguna dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de modo que solo se surten en ciertos sitios, o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación para su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar su **Directorio de Farmacias** o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar una farmacia con servicio de pedidos por correo del plan

Las farmacias con servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permiten pedir un suministro de **hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, puede comunicarse con nuestra farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo, OptumRx™. Para comunicarse con OptumRx, llame al 1-877-889-6358, o, si tiene limitaciones auditivas, al (TTY) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Consulte su **Directorio de Farmacias** donde encontrará las farmacias con servicio de medicamentos por correo de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté en la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. 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, vaya a 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 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 cualquier problema, pregunta, duda o si necesita cancelar un reclamo por una receta demorada.

Nuevas recetas que su farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

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

- Anteriormente, usted utilizó una farmacia con servicio de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en el servicio de entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, por teléfono o por correo.

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

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

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de medicamentos por correo y decide pedir que no se surtan automáticamente las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de su proveedor de cuidado de la salud para preguntarle si quiere que surtan y le envíen su medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles si deben enviar, posponer o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas a través de una farmacia de pedidos por correo. Para pedir resurtidos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días hábiles antes de que su receta actual se le acabe para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo. Además tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, nosotros comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando los registros nos muestren que se le están acabando sus medicamentos. Antes de enviarle un resurtido, la farmacia se comunicará con usted para confirmar que efectivamente necesita el medicamento, de lo contrario, puede cancelar el resurtido programado si aún tiene suficiente medicamentos o si éstos han cambiado. Para cancelar el programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo al menos 10 días antes de que le envíen el pedido; también puede hacerlo cuando le llamen de la farmacia para avisarle de su próximo envío.

Asegúrese de darle a la farmacia de pedidos por correo toda la información de contacto necesaria, de manera que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de que le hagan el envío. Puede hacer esto comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al momento de registrarse en el programa de resurtidos automáticos, o cuando reciba la notificación de un próximo envío de resurtido.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos 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 condición médica crónica o a largo plazo.)

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** le indica las farmacias de nuestra red que pueden surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de medicamentos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

Su medicamento con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solamente** cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero consulte a Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **Medicamentos con Receta para una Emergencia Médica**
  Cubriremos las recetas que se surten 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, si los medicamentos están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**
  Cuando usted viaja dentro de los Estados Unidos, tiene acceso a farmacias de la red en todo el país. Como parte de sus planes de viaje, lleve consigo sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para encontrar una farmacia de la red mientras esté de viaje. Si viaja al extranjero, es posible que pueda obtener un suministro de más días antes de salir del país para llevar consigo a los países donde no haya farmacias de la red disponibles.
- 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 con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.

- Si está tratando de surtir una receta de un medicamento que no está disponible regularmente en una farmacia minorista de la red accesible ni en una farmacia preferida de pedidos por correo de la red (incluso los medicamentos de alto costo y medicamentos 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 tiene instrucciones para pedir el reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una “**Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario).”** En esta **Evidencia de Cobertura, la llamamos, simplemente, “Lista de Medicamentos.”**

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

Los medicamentos en la Lista de Medicamentos son solamente los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando siga las demás normas de cobertura descritas en este Capítulo y el uso del medicamento sea de indicación médicamente aceptada. La frase “indicación médicamente aceptada” significa que, **de una u otra manera**, el uso del medicamento:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los que se receta.
- **– o –** Tiene el respaldo de ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos comunes (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto 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. Generalmente, los genéricos son tan eficaces como un medicamento de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos no están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos medicamentos (consulte los detalles en la Sección 7.1 de este Capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

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

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a 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, de bajo costo.

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos. En este Nivel también se encuentran los medicamentos complementarios que fueron aprobados por la FDA pero que han sido excluidos de cobertura en la Parte D de Medicare. Su plan ha incluido estos medicamentos en su Lista de Medicamentos como un beneficio mejorado.

Nivel 3 – De Marca Preferidos - Muchos medicamentos comunes que son de marca, a los que se llama de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Medicamentos de Insulina Selectos - Insulinas Selectas a un copago máximo de $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 de marca y genéricos muy especiales o de un costo muy alto.

Para saber el nivel de costo compartido de su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Lo que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se indica en el Capítulo 6 **(Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D)**.

[1] Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina selecta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Revise la lista de medicamentos que le haremos llegar de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (myAARPMedicare.com). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio al Cliente para saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para alentar a que usted y su proveedor usen los medicamentos de las maneras más eficaces. 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 es médicamente tan eficaz como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentar a que usted y su proveedor usen la 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 ser diferentes según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor del cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le ofrecen más información sobre las restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber lo que deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso para decisiones de cobertura y pedirnos 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 que satisfaga 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 los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto tenga cobertura, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. Los medicamentos compuestos pueden cumplir los requisitos de 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) deben tener 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 por 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 exclusivamente por la Parte B.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de 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.
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto; asimismo, los ingredientes no tienen 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 sin cobertura de la Parte D no serán cubiertos y a usted no le corresponde pagar el costo de todos esos ingredientes sin cobertura de la Parte D.
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no ha sido aprobado ni respaldado para formular medicamentos compuestos.	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. A usted le corresponde pagar la totalidad del costo.

¿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 correspondiente a medicamentos no preferidos por los medicamentos compuestos que han sido aprobados. No se permite ni está disponible ninguna otra reducción en el costo compartido relacionada con el nivel.

Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir un medicamento para usted. Esto se llama "**preautorización**". Esto es para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan requiera que 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"**.

Límites de cantidad

Con ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que usted recibe cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome una tableta por día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a una tableta por día.

Sección 5 Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere

Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma, o alguno que usted y su proveedor piensen que debería tomar, que no está en nuestra lista de medicamentos (formulario) o que 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 tenga cobertura.
- 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 tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace su costo compartido más caro de lo que usted esperaba.
- Hay ciertas medidas que usted puede tomar si su medicamento no está cubierto en la manera que usted desea. Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento tiene alguna restricción, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que usted cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción, tiene opciones:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir lo que puede hacer.

Para cumplir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que usted ha estado tomando ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe tener algún tipo de restricción.

- Si usted es un miembro nuevo, cubriremos el 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 por un suministro mínimo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos adicionales para proporcionar como mínimo un suministro de hasta 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que se surta, para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
  Cubriremos como mínimo un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o por un período más breve si su receta se emite para menos días. Este es un suministro adicional al del suministro temporal que se mencionó anteriormente.
- **Para aquellos miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:**
  Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital (incluso de hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (por ejemplo, un cambio de centros de cuidado a largo plazo, la entrada y salida de un centro de cuidado a largo plazo, la terminación de la cobertura de la Parte A con un centro de enfermería especializada, o la terminación de la cobertura de cuidados paliativos y volver a la cobertura de Medicare) que pueden ocurrir en cualquier momento. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o las posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas de alguna manera, tendrá que usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los

medicamentos, puede solicitar una sola vez un suministro temporal de un mínimo de 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 una receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de 30 días como mínimo.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente.

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

1) **Puede cambiar el medicamento por otro**

   Hable con su proveedor para saber si hay otro medicamento cubierto por el plan que podría ser tan eficaz como el anterior. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.

2) **Puede solicitar una excepción**

   Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que usted desea. Si su proveedor afirma que existen razones médicas que justifican solicitar una excepción, ese proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar 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 actualmente usted es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o tendrá restricciones de algún tipo para el próximo año, le comunicaremos sobre cualquier cambio con anticipación al 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 recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 indica lo que deben hacer. Describe los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera justa y oportuna.

Sección 5.3 ¿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 que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar el medicamento por otro

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera que es demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo pudiera ser tan eficaz como el anterior. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.

Solicite una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo proceder. Ahí se explican los procedimientos y fechas límites establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de una manera justa y oportuna.

Los medicamentos en el Nivel de Especialidad no cumplen los requisitos para este tipo de excepción. No rebajamos el costo compartido en el caso de los medicamentos en este nivel.

Sección 6 Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia

Sección 6.1 La 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.**
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Añadir o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se produzcan cambios en la Lista de Medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet periódicamente. A continuación señalamos los momentos en que usted recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
  - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si decidimos reemplazarlo por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Quizás decidamos

mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido más alto o agregaremos nuevas restricciones o ambos cuando el medicamento nuevo se agregue.

- Es posible que no le avisemos por anticipado antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos la información sobre los cambios específicos. Esta información también incluirá los pasos que usted puede seguir para solicitar una excepción a la cobertura del medicamento de marca. Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio.
- Usted y el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
  - Algunas veces, un medicamento es considerado peligroso o es retirado del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  - El profesional que receta también se enterará de este cambio y podrá buscar otro medicamento que usted puede usar para su condición.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Una vez que comience el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios según las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - En estos casos, debemos avisarle del cambio al menos con 30 días de anticipación o avisarle del cambio y darle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando a través de una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted deberá hablar con su proveedor para cambiar su medicamento por otro que cubramos o cumplir con cualquiera de las restricciones nuevas del medicamento que está tomando.
  - Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

En nuestra Lista de Medicamentos, posiblemente realizamos ciertos cambios que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios le afectarán a usted a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

Por lo general, los cambios que no le afectarán a usted durante el año del plan actual son:

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

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto que se retire del mercado, porque un medicamento genérico reemplaza uno de marca ni por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no notará ningún aumento en sus pagos o restricciones adicionales en el uso del medicamento.

No le notificaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Usted tendrá que revisar la Lista de Medicamentos para el 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 está tomando y que le afectarán a usted durante el próximo año del plan.

Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura

Esta sección indica los medicamentos con receta que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos (excepto por algunos medicamentos excluidos que tienen cobertura mejorada de medicamentos). Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.)

Las siguientes son cuatro reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán mediante la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que podría estar 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 o sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir un uso fuera de la indicación aprobada. 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.
- La cobertura del “uso fuera de la indicación aprobada” se permite solamente cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos indicados a continuación

a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por la cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se proporciona más información.)

- 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 el 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, para bajar o subir de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se compren pruebas asociadas o se contraten servicios de control exclusivamente del fabricante como condición para la venta.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta (cobertura mejorada de medicamentos) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Estos medicamentos excluidos tienen cobertura en el Nivel 2 (vitaminas y medicamentos para la disfunción eréctil). Estos medicamentos, sus requisitos de preautorización y sus límites de cantidad aparecen en la sección titulada 'Cobertura de medicamentos adicionales' de la Lista de Medicamentos. La cantidad que usted paga por estos medicamentos no se toma en cuenta para alcanzar la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. (La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento.)

Además, si **recibe el programa "Ayuda Adicional"** para pagar sus medicamentos con receta, no contará con esta ayuda para pagar los medicamentos que normalmente no tienen cobertura. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa de Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos que podría tener. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)

Sección 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de ID de miembro de UnitedHealthcare

Para surtir su receta, proporcione su información de ID de miembro de UnitedHealthcare, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan **nuestra** parte del costo de su medicamento. Al surtir su receta, deberá pagar a la farmacia la parte del costo que le corresponde **a usted**.

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene consigo su información de ID de miembro de UnitedHealthcare?

Si no tiene consigo su información de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta al momento de surtirlo.** (Después **podrá pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar reembolsos al plan.)

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

Sección 9.1 Medicamentos y estadías con cobertura del plan en un hospital o centro de enfermería especializada

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 le dan de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, 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 (long-term care, LTC), puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o de la que la farmacia utiliza, siempre que la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Farmacias** para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo (LTC) o la que el centro usa es parte de nuestra red. Si la farmacia no forma parte de nuestra red o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente. Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de rutina sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.

¿Qué sucede si vive en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene alguna limitación?
Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si usted actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge) comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

Por lo general, si usted tiene cobertura de su grupo del empleador o grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que tiene de nuestro plan será **secundaria** a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año, su grupo del empleador o su grupo para jubilados deben enviarle un aviso que le indica si su cobertura de medicamentos con receta será "acreditable" para el próximo año calendario.

Si la cobertura del plan de grupo es **"acreditable"**, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde este aviso sobre cobertura acreditable ya que podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al empleador o al administrador de beneficios del grupo del empleador o del grupo para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrir los medicamentos. Para evitar demoras en la entrega de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de cuidados paliativos o al profesional que receta que proporcione la notificación antes de que la receta se surta.

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

Sección 10 Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación

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

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

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, tratamos de detectar problemas potenciales, como por ejemplo:

- Posibles errores en el uso de los medicamentos

- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Dosis inseguras de medicamentos opiáceos para el dolor

Si notamos un posible problema en el uso que usted hace de los medicamentos, consultaremos a su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen de manera segura los medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que con frecuencia se abusan. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos reciente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que el uso de sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones podrían ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas 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 por adelantado. La carta le indicará las limitaciones que pensamos que deberíamos aplicarle. Usted tendrá la oportunidad de informarnos de los médicos o las farmacias que prefiere usar, y sobre 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 confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, nosotros revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican al acceso de sus medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 10.3 Programas de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a los 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 elaboró los programas para nosotros a fin de ayudarnos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, podrían recibir servicios a través de un programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, cuáles son sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted toma, la cantidad que toma y la frecuencia y la razón por la que los toma. Además, los miembros en el programa de Manejo de Terapias de Medicamentos recibirán información sobre las maneras más seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Sería conveniente que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el 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. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos 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 adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Capítulo 6

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

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado "Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura 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 no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo.

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo explica lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo usamos "medicamento" para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Según se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D – algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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

Sección 1.2 Gastos de su bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. Lo que usted paga por un medicamento se llama "costo compartido" y hay tres maneras de pagarlo.

- El **"deducible"** es la cantidad que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **"Copago"** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que se toma en cuenta y lo que **no** cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Las siguientes son las reglas que debemos seguir al llevar el 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 indicados a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- Lo que usted paga por medicamentos mientras esté en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
  - La Etapa Sin Cobertura
- Todo pago que usted haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos **también se incluyen** si **ciertas otras personas u organizaciones** los realizan en nombre de usted. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, Programas de Ayuda de Medicamentos para el Sida, un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluida.

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

Si usted (o quienes pagan en nombre de usted) han gastado un total de $7,400 en gastos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa Sin Cobertura 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 pagos:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realice por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no estén cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.

- Pagos que usted realice por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Pagos que realice el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras esté en la Etapa Sin Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud de grupo, incluso los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tiene una obligación legal de pagar los costos de sus medicamentos con receta (por ejemplo, el Seguro de Accidentes Laborales).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se indican anteriormente, paga una parte o la totalidad de los gastos de su bolsillo por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informar a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente.

¿Cómo puede llevar un registro del total de los gastos de su bolsillo?

- **Le ayudaremos**. El informe Explicación de Beneficios de la Parte D que usted recibe incluye la cantidad actual de los gastos de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcanza $7,400, este informe le indicará que usted ha salido de la Etapa Sin Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta en AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO). Lo que usted paga depende de la etapa en que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Encontrará los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa Sin Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina - Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D.

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado “Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D”

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted hace cuando surte o resurte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos costos en particular:

- Llevamos un registro de lo que usted ha pagado. Esto se llama gastos **“de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los “**costos totales de sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en nombre de usted, más la cantidad pagada por el plan.

Si usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de Beneficios de la Parte D (“Part D Explanation of Benefits, EOB”). La Explicación de Beneficios de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes**. Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que ha surtido en el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan, así como lo que pagaron usted y otras personas en nombre de usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha". Indica los costos totales de los medicamentos y el pago total de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Esta información indicará el precio total del medicamento y cualquier cambio del porcentaje desde el primer surtido en cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad**.**
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles**. Esto incluirá información en cada reclamo de medicamentos con receta sobre otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener su información de pagos de medicamentos actualizada

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. Nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando le surtan una receta**. Esto nos asegura que estamos al tanto de los medicamentos con receta que surte y de lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que, en algunas ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos copias de esos recibos. Estos son ejemplos en los que nos debe enviar copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando paga un copago por medicamentos que se suministran mediante un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo. Para las instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted**. Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo y le ayudan a calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS drug assistance program, 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 envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba una Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D por correo, revísela para verificar que la información sea correcta y esté completa. Si piensa que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente. También puede consultar la Explicación de Beneficios en nuestro sitio web en myAARPMedicare.com. Asegúrese de guardar estos informes.

Sección 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

La Etapa del Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $250 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance el deducible del plan. En el caso de todos los demás medicamentos no tendrá que pagar ningún deducible. El **“costo total”** generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento,

ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que usted haya pagado $250 por sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, saldrá de la Etapa del Deducible y pasará a la Etapa de Cobertura Inicial.

No hay deducible para AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) por Medicamentos de Insulina Selectos. Durante la Etapa del Deducible, los gastos de su bolsillo por estos Medicamentos de Insulina Selectos serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Para saber cuáles son los Medicamentos de Insulina Selectos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las Insulinas Selectas según las siglas ISSP en la lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Sección 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la receta

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

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a 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, de costo más bajo.

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos. Este nivel también incluye medicamentos complementarios que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), pero que han sido excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Su plan ha puesto estos medicamentos a su disposición en la Lista de Medicamentos como un beneficio mejorado.

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

Medicamentos de Insulina Selectos - Insulinas Selectas a un copago máximo de $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 de marca y genéricos muy especiales o de un costo muy alto.

Para saber el nivel de costo compartido de su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan

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

[1] Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina selecta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

Sección 5.2 Una tabla que indica sus costos por un suministro de un mes de un medicamento

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

Como se indica en la tabla a continuación, el copago o el coseguro depende del nivel de costo compartido. Algunas veces el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en farmacia de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada.) (un suministro de hasta 30 días)

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

Costo Compartido Nivel 1 Genéricos Preferidos	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago*
Costo Compartido Nivel 2 Genéricos	$12 de copago	$12 de copago	$12 de copago*
Costo Compartido Nivel 3 De Marca Preferidos	$47 de copago	$47 de copago	$47 de copago*
Medicamentos de Insulina Selectos [1]	$35 de copago	$35 de copago	$35 de copago*
Costo Compartido Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	$100 de copago	$100 de copago	$100 de copago*
Costo Compartido Nivel 5 De Especialidad	29% de coseguro	29% de coseguro	29% de coseguro*

*No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la Farmacia Fuera de la Red y la cantidad permitida por el plan Dentro de la Red.

[1] Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina selecta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

Si, por cualquier motivo, usted obtiene un suministro menor de 100 días de una farmacia preferida de pedidos por correo, se aplica el costo compartido que corresponde a farmacias minoristas estándar, dentro de la red.

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

Por lo general, lo que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que el suministro de un medicamento sea para menos de un mes (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, un suministro de menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudaría a planificar mejor sus fechas de resurtido de varias recetas.

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

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, pagará 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 más bajo.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, usted solo pagará por el número de días de suministro del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos lo que usted paga por cada día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y la multiplicaremos por el número de días de suministro del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que indica sus costos por un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento

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.

La tabla a continuación indica lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento.

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

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

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Costo compartido en farmacia preferida de pedidos por correo (suministro de 100 días)	Costo compartido en farmacia estándar de pedidos por correo (suministro de 100 días)

Costo Compartido Nivel 1 Genéricos Preferidos	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Costo Compartido Nivel 2 Genéricos	$36 de copago	$0 de copago	$36 de copago
Costo Compartido Nivel 3 De Marca Preferidos	$141 de copago	$131 de copago	$141 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos [1]	$105 de copago	$95 de copago	$105 de copago
Costo Compartido Nivel 4 Medicamentos No Preferidos	$300 de copago	$290 de copago	$300 de copago
Costo Compartido Nivel 5 De Especialidad	N/C[2]	N/C [2]	N/C [2]

[1] Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina selecta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

[2] Limitado a un suministro de 30 días

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos en el año alcancen los $4,660

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total por los medicamentos con receta que haya surtido alcancen los **$4,660, que es el límite de la Etapa de Cobertura Inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tomarán en cuenta para alcanzar el límite de su cobertura inicial o el total de gastos de su bolsillo. Para saber cuáles son los medicamentos que cubre nuestro plan, consulte la Lista de Medicamentos (Formulario).

La Explicación de Beneficios de la Parte D que usted recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier tercero en nombre de usted han gastado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,660 en un año.
Le avisaremos si usted alcanza este límite. Si alcanza este límite, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa Sin Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo.

Sección 6 Costos en la Etapa Sin Cobertura

Durante la Etapa Sin Cobertura, el plan cubrirá medicamentos genéricos y de marca en los siguientes niveles de costo compartido:

Por los medicamentos genéricos cubiertos en el Nivel 1, usted paga su parte del costo compartido (la Sección 5 le indica esas cantidades) o no más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solamente se toma en cuenta la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la Etapa Sin Cobertura.

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) ofrece cobertura durante la Etapa Sin Cobertura para Medicamentos de Insulina Selectos. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por Medicamentos de Insulina Selectos serán de $35 por un suministro de un mes en una farmacia minorista. Para saber cuáles son los Medicamentos de Insulina Selectos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las Insulinas Selectas según las siglas ISSP en la lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Si usted está en la Etapa Sin Cobertura y obtiene medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 o 5, el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de suministro por los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad del descuento del fabricante por los medicamentos de marca se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo, como si usted los hubiera pagado, y le permiten avanzar por la Etapa Sin Cobertura. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solamente se toma en cuenta la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la Etapa Sin Cobertura.

Usted sigue pagando estas cantidades hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el máximo establecido por Medicare. Una vez que alcance ese máximo de $7,400, pasará de la Etapa Sin Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Medicare tiene reglas sobre lo que se toma en cuenta y lo que no cuenta como los gastos de su bolsillo (Sección 1.3).

Sección 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores cuando los gastos de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,400 que corresponde al 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, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos, sin incluir medicamentos complementarios cubiertos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea **mayor** de las siguientes:
  - **– ya sea –** un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - **– o –** $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se considera como genérico y $10.35 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Por medicamentos complementarios del plan cubiertos en el Nivel 2, usted paga su parte del costo compartido (la Sección 5 le indica esas cantidades).

Sección 8 Información adicional sobre los beneficios

Esta parte del Capítulo 6 describe las limitaciones de nuestro plan.

1. Los resurtidos anticipados por medicamentos perdidos, robados o destruidos no están cubiertos, excepto durante una “Emergencia Nacional” declarada.
2. Los resurtidos anticipados por vacaciones están limitados a un surtido por única vez de hasta 30 días por cada año calendario.
3. Los medicamentos no tendrán cobertura si los recetan médicos u otros proveedores que están excluidos o imposibilitados de participar en el programa de Medicare.
4. Puede resurtir una receta de un medicamento no opiáceo una vez que haya consumido un mínimo del setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad según el número de días del suministro.
5. Puede resurtir una receta de un medicamento opiáceo una vez que haya consumido un mínimo del ochenta y cinco por ciento (85%) de la cantidad según el número de días del suministro.
6. Los costos de medicamentos que no estén cubiertos por la Parte D no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

Sección 9 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. (A veces, se le llama "administración" de la vacuna.)

Lo que paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se le vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)** en el Capítulo 4).
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan.
2. **El lugar donde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna puede ser suministrada por una farmacia o proporcionada por un proveedor en el consultorio médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué Etapa de Medicamentos se encuentra usted. A continuación tiene 4 ejemplos de las maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le administran su vacuna en una farmacia de la red. (Si tiene o no esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas.) Es posible que su costo compartido sea más bajo cuando use una farmacia de la red.

- Tendrá que pagar a la farmacia el coseguro O el copago por la vacuna, lo que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio médico y ellos presentan el reclamo en nombre de usted.

- Tendrá que pagar al médico el coseguro O el copago por la vacuna, lo que incluye el costo de administrarle la vacuna. (Su médico no tiene permitido cobrarle más de lo que su plan aprobó de costo compartido.)
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 3: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio médico y usted pide que no se presente un reclamo en nombre de usted. (Su médico está obligado a presentar un reclamo a menos que usted le pida que no lo haga.)

- Antes de administrarle la vacuna, su médico debe informarle cuáles serán los gastos de su bolsillo.
- Cuando reciba la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que se la administra.
- Luego, puede pedirnos el pago de nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro O copago normal por la vacuna (incluso su administración) menos cualquier diferencia entre lo que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe el programa "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esta diferencia.)

Situación 4: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y la lleva al consultorio médico para que se la administren.

- Tendrá que pagar a la farmacia el coseguro O el copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, ellos presentarán un reclamo por la administración de la vacuna. Dependiendo de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre, es posible que usted tenga que pagar un coseguro O un copago adicional.
- Si usted le pide a su médico que no presente un reclamo, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede pedirnos el pago de nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que le cobró el médico por administrarle la vacuna menos cualquier diferencia entre lo que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe el programa "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esta diferencia.)

Capítulo 7

Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o por medicamentos cubiertos

Sección 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Algunas veces al recibir cuidado médico o un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total. En otros casos, es posible que usted se dé cuenta que ha pagado más de lo esperado, según las reglas de cobertura del plan. O es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirnos que le reembolsemos (es decir, que le demos un "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que usted haya pagado más que su parte del costo de los servicios médicos o de los medicamentos que cubre nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que usted recibió o posiblemente por una cantidad mayor que la parte que le corresponde del costo compartido, como se describe en el documento. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Si ha recibido cuidado médico de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan**

   Si recibió servicios de un proveedor en los Estados Unidos que no forma parte de nuestra red, usted solamente es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo podría ser mayor si utiliza un proveedor fuera de la red en lugar de un proveedor de la red.) Pídale al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

   - Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
   - Usted podría recibir una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
     - Si se le adeuda alguna cantidad al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos la cantidad que le correspondía pagar y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
   - **Tenga en cuenta:** Aunque usted puede recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare. Excepto en casos de cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no participe o haya sido excluido o imposibilitado de participar en el Programa de Medicare. Si el proveedor no

cumple los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba.

- Usted también puede recibir servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia de un proveedor fuera de los Estados Unidos. Si recibe servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, es posible que el proveedor exija que usted pague el costo total de los servicios. 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 reembolsemos. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener toda la información necesaria para procesar correctamente su solicitud de reembolso, incluso los registros médicos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente, y cobrarle a usted solamente la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le cobran una cantidad mayor que la parte que le corresponde.

- Usted solamente tiene que pagar el costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores de la red agreguen cargos adicionales por separado, lo que se llama “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más que el costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red y usted piense que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor de la red pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que le correspondía pagar según el plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado.)

Si se le inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y usted tuvo gastos de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentarnos la documentación necesaria, como recibos y facturas, para tramitar su reembolso.

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

Si visita una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solamente cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias.

5. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare

Si no lleva consigo su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, puede pedir a la farmacia que llamen al plan o que busquen su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente su información de inscripción, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta debido a otras razones

Es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta porque, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, tal vez el medicamento no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan o tiene un requisito o una restricción que usted desconocía o si usted cree que esa restricción no se debe aplicar en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

7. Si utiliza sus beneficios de Cobertura Mundial de Servicios para Emergencias, de Servicios Requeridos de Urgencia Mundiales, o de Transporte de Emergencia Mundial

Usted tendrá que pagar el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos al momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nosotros, usted debe hacer lo siguiente:

- Pague la factura al momento de recibirla. Nosotros le reembolsaremos la diferencia entre la cantidad de su factura y el costo compartido que le corresponde por los servicios recibidos, según se indica en el Capítulo 4 de este documento.
- Guarde todos sus recibos y envíenos copias de ellos cuando nos pida que le reembolsemos. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su parte o del proveedor que prestó los servicios, para reembolsarle nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios mundiales.
- Si se le pide que pague su factura por los servicios para emergencias con cobertura mundial y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos ayudarle a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted.

Los anteriores son ejemplos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Es buena idea que usted haga una copia de su factura y 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 (myAARPMedicare.com) o llame a Servicio al Cliente para pedir el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos pagados que tenga, a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:
OptumRx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287
Solicitudes de pago de reclamos médicos:
UnitedHealthcare
P.O. Box 31362
Salt Lake City, UT 84131-0362

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

Usted 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, producto o medicamento.

Sección 3 El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la denegará

Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el servicio o el medicamento y la cantidad que nos corresponde pagar

Una vez que hayamos recibido su solicitud de pago, si resulta necesario, le pediremos información adicional. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento **no** tiene cobertura, o si usted **no** siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que

explicaremos las razones por las que no realizamos el pago, además de su derecho a apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le indicamos que no pagaremos el total o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o en la cantidad que pagamos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos nuestra decisión de denegar 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 esa apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

Capítulo 8

Derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales de cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y estén a disposición de todos los miembros, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos que tienen distintos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión al servicio de TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo, si es necesario. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan debe proporcionar a las mujeres que son miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios para el cuidado de la salud preventivos y de rutina de la mujer.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad en particular, el plan tiene la responsabilidad de encontrar proveedores de especialidades fuera de la red para que le proporcionen el cuidado que necesita. En este caso, usted solo pagará el costo compartido que corresponde dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para recibir este servicio a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal (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 TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales de cuidado de la salud y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.)

Para recibir información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los miembros discapacitados y los que no hablan inglés. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. También podemos proporcionarle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo, si es necesario. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para recibir información nuestra de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicio al Cliente para presentar una queja formal (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. La información de contacto se incluye en esta **Evidencia de Cobertura** o con esta correspondencia o, para obtener información adicional, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor dentro de la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo) sin una referencia y seguir pagando el costo compartido que corresponde dentro de la red. También tiene derecho a elegir un proveedor fuera de la red que participe en Medicare.

Usted tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de sus proveedores, **dentro de un plazo razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de manera oportuna cuando usted necesite ese cuidado. Además, usted tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperar demasiado tiempo.

Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención

Si necesita hablar o consultar 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 indicará cómo proceder.

Si usted cree que no recibe su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 indica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y del estado protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información de salud personal. 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 con el control del uso de su información de salud. Nosotros le proporcionamos 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?

- Garantizamos que sus registros no sean vistos ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si intentamos proporcionar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando cuidado ni esté pagando su cuidado, **tenemos la obligación de obtener primero el permiso de usted por escrito o 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.
  - Se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado.
  - Como 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 con receta 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; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de manera única.

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 del plan y a recibir una copia de estos 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 dudas sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

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.

Aviso de Privacidad de la Información Médica

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

La ley nos[1] exige proteger la privacidad de su información de salud. Además, tenemos la obligación de enviarle este aviso, que explica la manera en que podemos usar su información y las situaciones en que podemos entregar o "divulgar" dicha información a terceros. Usted también tiene derechos relacionados con su información de salud, los cuales se describen en este aviso. La ley nos exige regirnos por las condiciones de este aviso.

Los términos “información” o “información de salud” en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente se pueda usar para identificarle y que se relacione con su condición de salud física o mental, la prestación de cuidado de la salud a usted o el pago por dicho cuidado de la salud. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad vigentes sobre la obligación de notificarle en caso de que se produzca una violación de su información de salud.

Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos, en nuestra próxima distribución anual de documentación, un aviso modificado o información sobre el cambio importante y cómo obtener dicho aviso modificado.

Le enviaremos esta información por correo directo o electrónico, según la ley vigente. En todos los casos, si mantenemos un sitio web para su plan de salud en particular, publicaremos el aviso modificado en el sitio web del plan de salud, myAARPMedicare.com. Nos reservamos el derecho a aplicar cualquier aviso modificado a la información que ya tengamos y a la información que recibamos en el futuro.

UnitedHealth Group recopila y mantiene información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y para proporcionar productos, servicios e información de importancia a nuestros miembros. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros miembros, según los estándares vigentes federales y del estado, para protegerla de riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido.

Cómo Recopilamos, Usamos y Divulgamos la Información

Recopilamos, usamos y divulgamos su información de salud para proporcionar dicha información:

- A usted o a un tercero que tiene el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para administrar sus derechos según se describe en este aviso; y
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurar que su privacidad esté protegida.

Tenemos derecho a recopilar, usar y divulgar información de salud para su tratamiento, para pagar el cuidado de su salud y para administrar nuestras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud:

- **Para el Pago** de las primas que se nos adeudan, para determinar su cobertura y para procesar los reclamos por los servicios para el cuidado de la salud que reciba, incluso para la subrogación o la coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos informar a un médico si usted cumple los requisitos para cobertura y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para el Tratamiento.** Podemos recopilar, usar y divulgar información de salud para facilitar su tratamiento o la coordinación de su cuidado. Por ejemplo, podemos recopilar información de, o divulgar información a, sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para las Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Podemos recopilar, usar y divulgar información de salud, según sea necesario, para llevar adelante y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la prestación y la administración de su cobertura de cuidado de la salud. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa para el manejo de enfermedades o un programa de bienestar que pudiera ayudar a mejorar su salud, o podríamos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. Podemos desidentificar la información de salud según las leyes vigentes. Después de que esa información sea desidentificada, dejará de estar sujeta a este aviso y podremos usarla para cualquier fin legal.

- **Para Proporcionarle Información sobre Programas o Productos Relacionados con la Salud,** por ejemplo, programas y tratamientos médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a los límites establecidos por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si su cobertura es proporcionada a través de un plan de salud de grupo patrocinado por un empleador, podemos compartir con el patrocinador del plan un resumen de información de salud e información de inscripción y de cancelación de inscripción. Además, podemos compartir otra información de salud con el patrocinador del plan con fines de administración del plan si el patrocinador del plan acepta las restricciones especiales sobre el uso y la divulgación de la información según la ley federal.
- **Para Fines de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud con fines de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética con tales fines.
- **Para Recordatorios.** Podemos usar o divulgar información de salud para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o su cuidado, por ejemplo recordatorios de citas con los proveedores que le proporcionan cuidado médico.

- **Para Comunicarnos con Usted.** Podemos comunicarle, por vía electrónica o por teléfono, estos tratamientos, pagos o mensajes sobre tareas administrativas de cuidado de la salud usando los números de teléfono o las direcciones de correo electrónico que nos haya proporcionado.

Podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- **Según lo Exija la Ley.** Podemos divulgar información si así lo exige la ley.
- **A las Personas Involucradas en su Cuidado.** Podemos recopilar, usar y divulgar su información de salud a una persona involucrada en su cuidado o que ayuda a pagarlo, como un familiar, si usted está incapacitado o si tiene una emergencia, o si usted acepta o no se opone aun cuando tiene la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o no está en condiciones de oponerse, haremos uso de nuestro criterio para decidir si la divulgación de la información sería beneficiosa para usted. Se aplican reglas especiales con relación a las situaciones en las que podemos divulgar información de salud a los familiares y otras personas que participaron en el cuidado de una persona fallecida. Podemos divulgar información de salud a cualquier persona que haya participado, antes de la muerte, en el cuidado o el pago del cuidado de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo sería contradictorio con una preferencia expresada en vida por la persona fallecida.
- **Para Actividades de Salud Pública**, por ejemplo, para prevenir brotes de una enfermedad o informar de ellos a una autoridad de salud pública.
- **Para Denunciar sobre Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Intrafamiliar** a las autoridades del gobierno que tienen autorización, por ley, para recibir esta información, incluso a una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, por ejemplo, certificaciones, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos**, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de allanamiento o citación judicial.
- **Para Cumplir con la Ley.** Podemos divulgar su información de salud a un funcionario responsable de hacer cumplir la ley para fines tales como proporcionar información limitada para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad** de usted, de otra persona o del público en general, por ejemplo, al divulgar información a agencias de salud pública o a autoridades responsables de hacer cumplir la ley, o en el caso de una emergencia o una catástrofe natural.
- **Para Funciones del Gobierno Especializadas**, por ejemplo, actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección para el presidente y otros.

- **Para el Seguro de Accidentes Laborales** según lo autoricen las leyes del estado del Seguro de Accidentes Laborales que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, o en la medida necesaria para cumplir con ellas.
- **Para Fines de Investigación**, por ejemplo, investigaciones relacionadas con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de una enfermedad o discapacidad, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley de privacidad federal.
- **Para Proporcionar Información Referente a Personas Fallecidas.** Podemos divulgar información a un médico forense o legista para identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo autorice la ley. También podemos divulgar información a la funeraria, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.
- **Para Fines de Obtención de Órganos.** Podemos recopilar, usar y divulgar información a entidades que manejan la obtención, el almacenamiento o los trasplantes de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- **A Instituciones Correccionales o Funcionarios Responsables de Hacer Cumplir la Ley** si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario responsable de hacer cumplir la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le proporcione cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y la protección de la institución correccional.
- **A Socios Comerciales** que realizan funciones en nuestro nombre o que nos prestan servicios, si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, por contrato con nosotros y en conformidad con la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no se les permite recopilar, usar y divulgar ninguna información que no sea la que se especifica en el contrato con nosotros y según lo permita la ley federal.
- **Restricciones Adicionales sobre el Uso y la Divulgación.** Ciertas leyes federales y del estado pueden requerir protecciones de privacidad especiales que limiten el uso y la divulgación de determinada información de salud, incluso información sumamente confidencial sobre usted. Es posible que dichas leyes protejan los siguientes tipos de información:

    1. Abuso de alcohol y de sustancias
    2. Información biométrica
    3. Abuso 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. Medicamentos con receta
    10. Salud reproductiva
    11. Enfermedades de transmisión sexual

Si el uso o la divulgación de la información de salud que se describe anteriormente en este aviso está prohibido o está considerablemente limitado por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra intención será cumplir los requisitos de la ley que sea más estricta.

Excepto para los usos y las divulgaciones descritos y limitados según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información de salud solamente si contamos con una autorización de usted por escrito. Esto incluye, excepto en limitadas circunstancias permitidas por la ley de privacidad federal, no usar ni divulgar notas sobre su psicoterapia, ni vender su información de salud a terceros, ni usar o divulgar su información de salud para ciertas comunicaciones promocionales que sean comunicaciones de marketing de productos prohibidas por las leyes federales, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autorice para divulgar su información de salud, no podemos garantizar que el destinatario a quien se entrega la información no divulgará dicha información. Usted puede retirar o "revocar" su autorización escrita en cualquier momento y por escrito, a menos que ya hayamos procedido según su autorización. Para saber adónde debe enviar su autorización por escrito y cómo revocar una autorización, comuníquese con el número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

Cuáles son sus Derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud:

- **Tiene derecho a pedir que se limiten** los usos o las divulgaciones de su información para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. También tiene derecho a pedir que se limiten las divulgaciones a familiares o a otras personas que estén involucrados en el cuidado de su salud o en su pago. Además, podemos tener normas sobre el acceso de dependientes que autoricen a sus dependientes a solicitar determinadas restricciones. **Tenga en cuenta que, aunque trataremos de conceder su solicitud y permitiremos solicitudes coherentes con nuestras normas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho a pedir recibir comunicaciones confidenciales** de información en una forma distinta o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando la información a una casilla postal en lugar de su dirección particular). Aceptaremos todas aquellas solicitudes razonables en las que, si procedemos de otra manera, la divulgación de la totalidad o de una parte de su información de salud pudiera ponerle en peligro. En ciertas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal para recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, también podemos pedirle que nos confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud de modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa se debe hacer por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información de salud que mantenemos sobre usted, por ejemplo, reclamos y registros de administración médica o de casos. Si mantenemos su información de salud en formato electrónico, usted tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información de salud en formato electrónico. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de esta información de salud. Usted debe hacer una solicitud por escrito para poder inspeccionar y copiar su información de salud o para

pedir que se la envíen a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Si denegamos su solicitud, usted podría tener derecho a solicitar que se revise la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por las copias.

- **Tiene derecho a solicitar que se enmiende** cierta información de salud que mantenemos sobre usted, por ejemplo, reclamos y registros de administración médica o de casos, si cree que su información de salud es errónea o incompleta. Debe hacer su solicitud por escrito e indicar las razones para solicitar la enmienda. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **Tiene derecho a recibir un informe** de ciertas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años previos a su solicitud. Este informe no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) con fines de tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) a usted o de conformidad con su autorización; (iii) a instituciones correccionales o funcionarios responsables de hacer cumplir la ley; y (iv) de otro tipo para las que no tengamos obligación de proporcionar un informe por la ley federal.
- **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque usted haya aceptado recibir este aviso en formato electrónico, también tiene derecho a recibir una copia impresa. Si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso modificado en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de este aviso en el sitio web, **myAARPMedicare.com**.
- **Tiene derecho a solicitar por escrito que corrijamos o enmendemos** su información personal. Según el estado donde usted viva, podría tener derecho a solicitar que se elimine su información personal. Si no podemos conceder su solicitud, le notificaremos nuestra decisión. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de las razones de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que considera que es la información correcta. Haremos que su declaración sea accesible para las personas que revisen la información en disputa.

Cómo Ejercer sus Derechos

- **Cómo Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si desea obtener información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o puede comunicarse con un Representante del Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-870-9604 (TTY/RTT 711).**
- **Cómo Presentar una Solicitud por Escrito.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, incluso el derecho a modificar o cancelar una comunicación confidencial, solicitar copias de sus registros o solicitarnos enmiendas a sus registros, a la siguiente dirección:

  UnitedHealthcare Privacy Office

PO Box 1459
Minneapolis, MN 55440

- **Cómo Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a la dirección que se indica anteriormente.

También puede notificar su queja 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 siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Enterprise Life Insurance Company; Freedom Life Insurance Company of America; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; March Vision Care, Inc.; MD – Individual Practice Association, Inc.; Medica Health Plans of Florida, Inc.; Medica Healthcare Plans, Inc.; National Pacific Dental, Inc.; National Foundation Life Insurance Company; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Optum Insurance Company of Ohio, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Peoples Health, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; Rocky Mountain HealthCare Options, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of

Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR. LÉALO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

Tenemos[2] el compromiso de mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A efectos de este aviso, “información financiera personal” se refiere a la información sobre un miembro o solicitante de cobertura de cuidado de la salud que identifica a la persona, generalmente no se encuentra disponible para el público y se solicita a la persona o se obtiene en relación con la prestación de cobertura de cuidado de la salud a la persona.

Información que Recopilamos

Según el producto o servicio que usted tenga con nosotros, podemos recopilar información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted en solicitudes u otros formularios, por ejemplo, nombre, dirección, edad, información médica y número del Seguro Social;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras compañías afiliadas u otros, por ejemplo, el historial de reclamos y pago de primas; e
- Información de una agencia de informes de consumidores.

Divulgación de Información

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros miembros o miembros anteriores a terceros, excepto si la ley así lo exija o lo permita. Por ejemplo, en el ejercicio de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que recopilemos de usted, sin su autorización, a las siguientes instituciones:

- A nuestras afiliadas corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguros, y compañías no financieras, como procesadoras de datos;
- A compañías no afiliadas para nuestras actividades comerciales cotidianas, como para procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales; y
- A compañías no afiliadas que presten servicios por nosotros, incluso el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y Seguridad

Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos, según los estándares vigentes federales y del estado, para proteger su información financiera personal contra riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios asegurados, y restricciones sobre quiénes pueden acceder a su información financiera personal.

Preguntas sobre este Aviso

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-870-9604 (TTY/RTT 711)**.

---

[2] A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a las entidades indicadas en la nota al pie 2, al inicio de la página cuatro de los Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud, además de las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc; Optum Global Solutions (India) Private Limited; OptumHealth Care Solutions, LLC; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC 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; 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 las entidades o productos de seguros de salud cubiertos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1.

© 2021 United HealthCare Services, Inc.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

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

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red**.
  - Usted tiene derecho a recibir información sobre la acreditación profesional de los proveedores y las farmacias de nuestra red y de la manera como pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir para usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información relacionada con los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre la razón por la que algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito cuando un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene alguna restricción. Además, el Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también se llama una apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a participar, junto con los profesionales, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a que tenga una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.

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 recibir información completa de los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento **de una manera que usted pueda comprender.**

También tiene derecho a participar plenamente en todas las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones, junto con sus médicos, sobre el tratamiento más adecuado 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 condición, 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.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe informar por anticipado si una parte del tratamiento o cuidado médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a "negarse".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital o de otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que sea mejor que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de esta decisión.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no está en condiciones de 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 indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si usted 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 las instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman "**instrucciones por anticipado**". Hay diferentes tipos de Instrucciones por Anticipado y tienen distintos nombres. Los documentos llamados "**testamento vital**" y "**poder legal para cuidado de la salud**" son ejemplos de Instrucciones por Anticipado.

Si desea usar un formulario de "Instrucciones por Anticipado", debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de Instrucciones por Anticipado de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de Instrucciones por Anticipado en organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente si necesita ayuda para obtener un formulario de Instrucciones por Anticipado.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar en donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Le conviene consultar a un abogado para que le ayude a llenarlo correctamente.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombró en el formulario como responsable de tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Quizá también desee entregar copias a amigos íntimos o a familiares. Guarde una copia en su domicilio.

Si usted sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de Instrucciones por Anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado (incluso la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle por haber firmado o no Instrucciones por Anticipado.

¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó 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 correspondiente de su estado, por ejemplo, el Departamento de Salud de su Estado. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la agencia que corresponde a su estado.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o quejas 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 – solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja – **tenemos la obligación de tratarle de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que le han tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos debido a una cuestión de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697; también puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tema?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos **y no** es un tema de discriminación, puede recibir ayuda para tratar su problema:

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

Sección 1.8 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

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- 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 a través del sitio web (https://www.uhcmedicaresolutions.com/resources/ma-pdp-information-forms.html). Seleccione “Commitment to Quality” (Compromiso con la Calidad).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”. (La publicación está disponible en: www.es.medicare.gov/Pubs/pdf/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 (TTY 1-877-486-2048).

Sección 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se detalla lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos**. Use esta **Evidencia de Cobertura** para saber lo que tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 contienen los detalles de sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 contienen los detalles de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si usted tiene otra cobertura de seguro de salud u otra cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 explica la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cada vez que obtenga cuidado médico o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores al proporcionar información, hacer preguntas y cumplir con todas las indicaciones del cuidado de su salud.**
  - Para que pueda recibir el mejor cuidado, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de cuidado de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y su médico acuerden.

- Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y asegúrese de que comprende la respuesta.

- **Sea respetuoso.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que haga posible el buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros sitios similares.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al momento de recibir el servicio o el medicamento.
  - Si tiene la obligación de pagar una multa por inscripción tardía, usted debe pagar la multa para poder mantener su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si tiene la obligación de pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan**.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

Capítulo 9

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

Sección 1 Introducción

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

Este capítulo explica dos procesos para resolver problemas y dudas:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas;** también se les llama quejas formales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado en su caso y qué debería hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Algunas de las reglas, los procedimientos y los plazos que se explican en este capítulo incluyen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para simplificar, este capítulo:

- Usa palabras más comunes en lugar de usar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación del riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usa la menor cantidad de siglas posible.

Sin embargo, puede ser útil – y hasta muy importante – que usted conozca los términos legales correctos. Al conocer los términos, podrá comunicarse con más precisión y podrá obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales con los detalles para resolver situaciones específicas.

Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre cómo le tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con servicio al cliente para recibir ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación señalamos dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe usar

para resolver el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores 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 esta guía.

Medicare

Puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

Sección 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?

Si tiene un problema o una duda, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía puede serle útil.

¿Su duda o problema está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas relacionados con la cobertura de un cuidado médico o un medicamento con receta, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o de los medicamentos con receta.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones”.**

No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas”.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4 Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluso los pagos. Es el proceso que se usa para asuntos de cobertura, por ejemplo, si algo tiene o no tiene cobertura y la manera en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le proporciona cuidado médico o si su médico de la red le refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de que cubramos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionar cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos en los que una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada incluyen una solicitud incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no está legalmente autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, nosotros le enviaremos un aviso explicándole 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 y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que ya no se lo cubre Medicare. 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, bien sea antes o después de recibir un servicio, y no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

En ciertas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Los revisores que revisan 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 se siguieron las reglas correctamente.

Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas una solicitud de una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos en los que una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada incluyen una solicitud incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no está legalmente autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, nosotros le enviaremos un aviso explicándole por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso pero denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros realiza la apelación de Nivel 2. (Las apelaciones relacionadas con los servicios médicos y los medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2 – usted no tiene que hacer nada. En el caso de las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D, si

denegamos de manera total o parcial su apelación, usted deberá presentar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones relacionadas con la Parte D se explican en detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente**.
- Usted puede obtener 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 que pasa del Nivel 2, necesitará ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y pida el formulario “Nombramiento de un Representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf.)
  - Si se trata de cuidado médico o de medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se deniega al Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta 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 es denegada, su médico o profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario “Nombramiento de un Representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) El 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. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados de su área o de otro servicio de referencias. También existen asociaciones que le brindarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué Sección de este capítulo se aplica a su situación?

Hay cuatro situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y plazos diferentes, los detalles de cada caso se encuentran en secciones aparte:

- **Sección 5** de este Capítulo: “Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura”
- **Sección 7** de este capítulo: " Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada, si piensa que el médico le da de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto” (**Solamente 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 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección se aplica a su caso, llame a Servicio al Cliente. También puede recibir ayuda o información de organizaciones del gobierno como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

Sección 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico”, que incluye artículos y servicios médicos, además de los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo son diferentes las

reglas para los medicamentos con receta 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 cinco situaciones siguientes:

1. No recibe cierto cuidado médico que desea y usted cree que el cuidado está cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que el cuidado está cubierto por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, pero hemos denegado pagar el cuidado. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Usted recibió y pagó cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, y desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del cuidado. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informa que se reducirá o suspenderá la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente, pero usted cree que dicha reducción o suspensión de ese cuidado podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

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

Términos Legales:	Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama **“determinación de la organización”.** Una “decisión de cobertura rápida” se llama una **“determinación rápida”.**

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

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma en un plazo no mayor de 14 días o 72 horas para obtener medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma en un plazo no mayor de 72 horas, para los servicios médicos, o 24

horas para obtener medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Usted **solamente** puede **solicitar** cobertura de cuidado médico que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.**
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida**.
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Explique que puede presentar una "queja rápida" contra nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que desea recibir. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **para obtener un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para obtener un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, 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 adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomar más días, 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 al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)

Para las decisiones de Cobertura Rápida, usamos un plazo rápido

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta 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 adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, puede presentar una apelación.

- Si denegamos la solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos Legales:	Una apelación presentada al plan contra 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" generalmente se realiza en un plazo no mayor de 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas.

- Si apela nuestra decisión sobre la cobertura de cuidado que aún no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, según se describen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicítenos una Apelación o una Apelación Rápida

- **Si usted presenta una apelación estándar, hágalo mediante una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si usted presenta una apelación rápida, hágalo mediante una solicitud por escrito o llámenos**. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo incluyen una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación “rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una

organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud,** debemos autorizar o 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 nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para 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 con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su condición de **salud** lo requiere, le daremos 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 adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted piensa que **no** deberíamos tomar 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. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas.)
  - Si no le damos una respuesta dentro del 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 5.4 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 obtener un artículo o servicio médico, o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si denegamos de manera total o parcial su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término Legal: El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente".** También se le llama **"IRE"** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**.
- Usted tiene el derecho a entregar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue "rápida" en el Nivel 1, también será una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Para una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue "estándar" en el Nivel 1, también será una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Para una "apelación estándar", si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, **puede**

tomarse hasta 14 días calendario adicionales. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico,** y si se trata de solicitudes estándar, 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. Si se trata de solicitudes rápidas, tenemos 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 una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** y si se trata de **solicitudes estándar,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B 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 rápidas**, el plazo no debe ser mayor de **24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación,** significa que están 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 “denegar su apelación”.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
  - Explicar su decisión.
  - Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico cumple ciertos niveles mínimos. El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cuál es el valor monetario que debe cumplir para poder continuar con el proceso de apelación.
  - Indicarle 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué debe hacer para solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por cuidados médicos?

El Capítulo 7 describe cuándo podría necesitar pedir el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación relacionada con la solicitud de pago.

Pedir un reembolso significa solicitar una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación relacionada con la solicitud de reembolso, nos está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos que usted siguió todas las reglas de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si usted no pagó los servicios, 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 indica que no pagaremos los servicios, además de los motivos de nuestra decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la solicitud de pago, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos nuestra decisión de cobertura en la que denegamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta:

- 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 nuestra parte del costo de cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permite presentar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que nosotros deberíamos 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 enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.

Sección 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago 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 los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto” 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 no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo.
- 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 relacionada con 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 la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedir pagar un costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar preaprobación para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que usted ya compró. **Solicite un reembolso. Sección 6.4**

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es 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 quite una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una **“excepción al formulario”**. Pedir 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 en la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe una excepción. Estos son tres 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 deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Quitar una restricción de 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 le aplicamos una restricción, puede solicitar una excepción al copago o coseguro que usted debe pagar 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 asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará usted como su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al nivel de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Esto sería el nivel más bajo que contiene productos biológicos alternativos para tratar su condición.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento al nivel de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos de marca alternativos para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento al nivel de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos de marca o genéricos alternativos para tratar su condición.
- No puede solicitar que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 De Especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente usted pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante sobre cómo solicitar 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 su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como 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 en los niveles de costo compartido más bajos no le den el mismo resultado o probablemente le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Término Legal	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 rápidas"** se toman **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su estado de 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 aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.)
- Utilizar los plazos estándar podría **afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.**
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Indique cómo puede presentar una "queja rápida" contra nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la queja.

Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que desea recibir. Usted 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 de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacerlo. Un abogado también puede actuar en nombre de usted. La Sección 4 de este capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.

- Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. De otra manera, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos por correo 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”

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24** horas después de que recibamos su solicitud.
  - Para 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 estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si no cumplimos con 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 a su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra **respuesta**. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- Para 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 estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
- Si no cumplimos con 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 a su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con 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 con 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 paguemos 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 explicación por escrito con 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.

- Si denegamos la solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos Legales	Una apelación presentada al plan contra 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. Una “apelación rápida” generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, presente una “apelación rápida”

- Si apela nuestra decisión sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden 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 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una **“apelación rápida”**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al 1-866-870-9604.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, su información de contacto y la información relacionada con su reclamo que nos sirva de ayuda para procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo incluyen una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información de 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"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor 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 6.6 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 explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar" relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes de este plazo si usted aún no ha recibido el medicamento y si su condición de salud lo requiere.
  - Si no le damos una decisión en un plazo no mayor 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 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** tan rápido como lo requiera su estado de salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con 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 con 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,** 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 explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted 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 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal	El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “Entidad de Revisión Independiente”. También se le llama “IRE” (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. 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 la apelación de Nivel 2, los plazos que se deben cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no realizamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "del riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**.
- Usted tiene el derecho a entregar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle 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"

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación, si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud de apelación.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para 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.

Para 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 pago** 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 deniega su apelación?

Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación, significa que están 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 para:

- Explicar su decisión.
- Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita cumple ciertos niveles mínimos. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor monetario necesario para poder seguir con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7 Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que el médico le da 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 se le dé de alta. Le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al salir del hospital.

- El día que sale del 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 piensa que la fecha de su alta es demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada y su solicitud será evaluada.

Sección 7.1 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 después de ser admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado **Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**. Toda persona que tenga Medicare recibe una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si

necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente 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 las preguntas necesarias si no lo comprende.** Le indica:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de una 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 reportar toda duda o problema que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
   - Su derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le dan de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de solicitar que se aplace 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 comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme este aviso.
   - El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted acepta una fecha de alta.
3. **Guarde su copia** del aviso ya que contiene información sobre cómo presentar una apelación (o cómo reportar una duda o un problema sobre la calidad del cuidado).
   - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se ha programado para usted.
   - Si desea una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

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

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, debe usar el proceso de apelación para presentar su solicitud. Antes de comenzar, infórmese de lo que debe hacer y cuáles son los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al 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. 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 pago del gobierno federal para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. 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 estado y solicite una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (**Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de salir del hospital y **antes de la medianoche del día que le dan de alta**.
  - Si cumple este plazo, puede seguir hospitalizado **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 y decide seguir hospitalizado 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.
- Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información sobre otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso indica la fecha de alta programada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

Para obtener un ejemplo del **Aviso Detallado del Alta**, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar un ejemplo del aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

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 (les 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 después de que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta programada. Este aviso también le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

Paso 3: Dentro de las 24 horas de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la apelación es aceptada?

- Si la organización de revisión **acepta**, **debemos seguir prestando los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde 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 **deniega**, significa que consideran que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día **después** de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió a su apelación.
- Si la organización de revisión **deniega** su apelación y usted decide seguir hospitalizado, es **posible que usted deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió 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 sigue hospitalizado después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación implica que usted pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise su decisión en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba 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 usted sigue hospitalizado 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 revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue denegada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar proporcionando cobertura del cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante 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 deniega su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso por escrito que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su apelación es denegada, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué debe hacer si se pasó del plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Término Legal	Una “revisión rápida” también se llama **“apelación rápida”.**

Puede presentar su apelación directamente ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápidamente para comenzar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa la otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a Paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de su fecha de alta programada para verificar si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. El propósito de nuestra revisión es decidir si su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Verificamos si la decisión respecto a su fecha de alta fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita seguir hospitalizado después de su fecha de alta. Seguiremos prestando los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.)
- **Si denegamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina a partir del día en que indicamos que su cobertura terminaría.
  - Si usted siguió hospitalizado **después** de su fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de su fecha de alta programada.

Paso 4: Si nuestro plan deniega su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso para una Apelación Alternativa de Nivel 2

Término Legal	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** También se le llama **"IRE"** (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta

organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su fecha de alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted haya recibido desde su fecha de alta programada. También debemos continuar proporcionando la cobertura del plan de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si la cobertura tiene limitaciones, estas podrían limitar la cantidad que reembolsaríamos o el tiempo que podríamos seguir cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación,** significa que está de acuerdo en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
  - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o si pasa a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 8.1 Esta sección explica solamente tres 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Si usted recibe **servicios de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios que tengan cobertura durante todo el tiempo que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de suspender su cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidado, debemos avisarle por anticipado. Cuando su cobertura de este cuidado termine, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.**

Si piensa que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Término Legal	**“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”.** Le indica cómo presentar una **“apelación de tramitación rápida”.** Presentar una apelación de tramitación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender la cobertura de su cuidado.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cobertura de su cuidado. El aviso le indica:
   - La fecha en que suspenderemos la cobertura de su cuidado.
   - Cómo presentar una “apelación de tramitación rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su cuidado por un período de tiempo más largo.
2. **Usted o una persona que actúe en nombre de usted tendrán que firmar el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.** El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted recibió la información sobre la fecha en que se suspenderá su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender el cuidado.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su cuidado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar dicha solicitud. Antes de comenzar, infórmese de lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al 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. Esta decide si la fecha de terminación de su cuidado es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de suspender la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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 rápidamente.

¿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 estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- 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.

El plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener información sobre otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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 explica en detalle 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") 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.
- 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, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá la **Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar la 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?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, **debemos seguir prestándole servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si los revisores deniegan?

- Si los revisores **deniegan**, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la 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 terminó su cobertura, usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio o cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que indicamos 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 revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días 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?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar 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 están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso por escrito que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le indicará 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 decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué debe hacer si se pasó del plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación directamente ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días como máximo). Si se pasa del plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa la otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a Paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Término Legal	Una revisión “rápida” también se llama **“apelación rápida”.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, revisamos nuevamente toda la información relacionada con su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura de los servicios del plan que usted recibía.

Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y que seguiremos prestándole servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.)
- **Si denegamos su apelación**, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted siguió recibiendo cuidado de asistencia médica a domicilio o cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si denegamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término Legal	El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** También se le llama **"IRE"** (Independent Review Entity).

Paso a Paso: Proceso para una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su "apelación rápida". Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos. **La organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir la función de ser una organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización 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. También debemos seguir cubriendo su cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si la cobertura tiene limitaciones, estas podrían limitar la cantidad que reembolsaríamos o el tiempo que podríamos seguir cubriendo los servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiarán**.**
  - El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los 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 servicio médico de la apelación cumple ciertos niveles mínimos, es posible que usted pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir con el proceso de apelación. 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 allí**. A diferencia de la 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 prestarle el servicio 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 prestar el servicio en disputa.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - 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 lo que debe 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 de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, o si el Consejo de Apelaciones deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación podría o no terminar allí**. 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 al Nivel 5.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar esta decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la apelación es denegada o si el Consejo de Apelaciones deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no terminar allí**.
  - 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 de Apelaciones deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es la respuesta final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los 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 de la apelación cumple con el requisito de valor monetario mínimo, es posible que usted pueda llevar su apelación a niveles superiores. Si el valor monetario es menor, usted no puede seguir 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 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 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 para 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 allí.**
  - 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 lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo de Apelaciones) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones 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 de Apelaciones **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas para 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 allí**.
  - 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 de Apelaciones deniega su apelación o no acepta 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 lo que debe hacer si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es la respuesta final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Cómo presentar una queja

Sección 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan a través del proceso para presentar quejas?

El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen 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 para presentar quejas.

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 no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O el Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ◦ Por ejemplo, largas esperas al hablar por teléfono, en la sala de espera o de examen o le surten una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le proporcionamos un aviso que teníamos que darle? • ¿La información que le proporcionamos por escrito es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (se refiere a nuestra **puntualidad** para procesar decisiones de cobertura y apelaciones)	Si 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 contra nuestra tardanza. Ejemplos: • Usted nos solicitó una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y la denegamos; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para comunicarle las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales	Una **"queja"** también se llama **"queja formal".** **"Presentar una queja"** también se llama **"presentar una queja formal".** **"Usar el proceso para presentar quejas"** también se llama **"usar el proceso para presentar una queja formal".** Una **"queja rápida"** también se llama **"queja formal rápida".**

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato – por teléfono o por escrito.

- ☐ **Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si debe hacer algo más, el Servicio al Cliente se lo indicará.
- ☐ **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- ☐ Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario del evento o incidente que motivó su queja. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le proporcionamos información incorrecta, etc.), infórmenos y tal vez aceptemos su queja después del plazo de

60 días. Atenderemos 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 tomar 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.

Si la queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de una determinación de cobertura o una 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 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, para las quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D, “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D”.

- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada.
- **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 adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente la convertiremos a 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 los motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si la queja es sobre la **calidad del cuidado**, tiene dos 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 que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Sección 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en el plan puede terminar de manera **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que **desea** hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que no es usted quien decide dejar el plan, sino que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que nosotros debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su cuidado médico y sus medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también se le llama “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
  - Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elije esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

  Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta 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 terminará en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer **un** solo cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage,** usted puede:
  - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, usted también puede inscribirse en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **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 también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su Solicitud de Inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan podrían cumplir los requisitos para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Es posible que cumpla los requisitos para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si usted se encuentra en una de las siguientes situaciones. Los siguientes son solamente ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov):

- Normalmente, si se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si cumple los requisitos del programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidados en una institución, por ejemplo en un asilo de convalecencia o en un hospital de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). * El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Nota: Si usted participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, usted puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
- **- o -** Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta 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 se reciba su solicitud de cambio de plan.

Si recibe el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía:

- **Llame a Servicio al Cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2023**.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica las maneras de terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.

	Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
• Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
• Medicare Original **sin** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su 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.

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia, usted debe seguir recibiendo su cuidado médico y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- ☐ **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- ☐ **Siga usando las farmacias de nuestra red o las farmacias de pedidos por correo 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 membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Debemos terminar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses, o si ha activado el Programa UnitedHealth Passport, durante más de 9 meses.
  - Si se va a mudar o va a salir de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- Si usted 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 su derecho 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 usted 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 usted permite que otra persona use su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener 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 esta razón, Medicare podría hacer 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 con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en este caso?

Si usted piensa que se le ha pedido que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle el motivo por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal contra nuestra decisión de terminar su membresía.

Capítulo 11

Avisos legales

Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige esta **Evidencia de Cobertura** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde 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, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni 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, entre otras, 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, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, asimismo todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas 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 información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarle.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios que tienen cobertura de Medicare pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, Secciones 422.108 y 423.462, 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 Código de Reglamentos Federales 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley del Estado.

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 le causa una enfermedad o lesión, debe notificarnos rápidamente de dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta de las cantidades que pagamos por los servicios que se le prestaron relacionados con la enfermedad o lesión. Si se le restituye una cantidad cualquiera de dinero de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa restitución por los pagos que hicimos 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 total restituida recibida de un tercero (la "cantidad restituida"), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
   a) **Primero**: Determine la relación entre los costos de adquisición y la cantidad restituida (el término "costos de adquisición" significa los costos legales y los gastos incurridos para lograr un acuerdo o un fallo).
   b) **Segundo**: Aplique a nuestro pago la relación calculada anteriormente. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
   c) **Tercero**: Reste nuestra parte de los costos de adquisición del total de nuestros pagos. La cantidad restante es nuestro reembolso.
2) **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida**. Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, nuestro reembolso es la cantidad total restituida menos los costos totales de adquisición.
3) **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a nuestro reembolso.** Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opuso a nuestro reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:
   a) Los pagos que hicimos 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 concedernos una asignación, y un reclamo y un derecho de retención, de cualquier cantidad recobrada mediante un acuerdo, fallo o veredicto judicial. Es posible que usted sea requerido por nosotros y que usted acepte oficiar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, el reclamo o el derecho de retención para confirmar nuestro derecho a un reembolso.

Sección 5 Responsabilidad del Miembro

Si no reembolsamos los cargos de un proveedor por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos. Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios que no tengan cobertura , excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio y durante un viaje (debe recibirse 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 según los criterios de Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de alguna 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 y la duración y la frecuencia se consideren adecuadas para el servicio, en términos de si el servicio:
  1. Se presta según los estándares aceptados de la práctica médica para el diagnóstico o el tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
  2. Se presta en un entorno apropiado para la condición 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 No debe haber 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 las medidas necesarias para recibir el pago proveniente de la cobertura del Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos que usted cuenta con dicha cobertura. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho por otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos solicitar 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 Estado. 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 cuidado de la salud excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de la compañía de seguros en que adquirió su cobertura del 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 Hechos que escapan a nuestro control

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 pudieran hacer los arreglos necesarios para proporcionar o no pudieran prestar los servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, entonces intentaremos hacer los arreglos necesarios para proporcionar los servicios cubiertos en la medida en que sea posible según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendremos ninguna responsabilidad u obligación por no prestar o demorarse en prestar o hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos, 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 nosotros y los proveedores y hospitales de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados, son empleados o agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas somos empleados o agentes de los proveedores de la red u hospitales de la red.

Sección 10 Evaluación de tecnologías

Revisamos periódicamente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los términos y las condiciones del plan, incluso la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones de pago del miembro que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para analizar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los que están relacionados con la salud del comportamiento o con 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 en base a la documentación médica del miembro en particular, el análisis de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con experiencia en esa tecnología.

Sección 11 Declaraciones del Miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura ni tampoco 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 de 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 2023

Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2023
Cómo puede combatir el fraude en el cuidado de la salud
Nuestra compañía se ha impuesto el compromiso de prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si identifica un posible caso de fraude, le pedimos que nos lo avise 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 - le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un proveedor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener 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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) al 1-866-870-9604 (TTY 711), 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Esta línea telefónica especial 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 que nuestra organización no tomará ninguna acción en contra de usted por hacer denuncias de buena fe sobre 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) llamando al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379), o directamente ante el programa de Medicare llamando al (1-800-633-4227). El número de fax de Medicare es 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 en función de 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 denegar cobertura; 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a ningún otro profesional 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 ninguna otra persona basando su decisión en la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona en cuestión apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Sección 15 Términos y Condiciones del programa Renew Active™

Requisitos de Participación

- Solamente los miembros inscritos en un Plan de Medicare participante asegurado por UnitedHealthcare Insurance Company (“UnitedHealthcare") y sus compañías afiliadas cumplen los requisitos del programa Renew Active (el “Programa”), lo que incluye, entre otros, acceso a una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, proveedores de servicios cognitivos o de acondicionamiento físico por Internet, comunidades digitales, eventos, clases y descuentos en la entrega de comida, sin costo adicional.
- Al inscribirse en el Programa, usted acepta y se ve obligado a cumplir con los Términos y Condiciones del programa Renew Active.

Requisitos de Inscripción

- La membresía y la participación en el Programa son voluntarias.

- Para inscribirse en el Programa debe seguir las instrucciones que se indican en este sitio web. Una vez que esté inscrito, debe obtener su código de confirmación y usarlo al momento de inscribirse en cualquiera de los servicios del Programa. Presente su código de confirmación cuando visite un gimnasio o centro de acondicionamiento físico participante para recibir acceso de membresía estándar sin costo adicional, al registrarse con proveedores de servicios cognitivos o de acondicionamiento físico por Internet, al inscribirse en la Comunidad Fitbit® para Renew Active y para tener acceso a los descuentos. Tenga en cuenta que, al usar su código de confirmación, usted elige divulgar que es miembro del programa Renew Active con un plan de Medicare de UnitedHealthcare participante.
- La inscripción en el Programa es individual y la tarifa de la membresía mensual del Programa que no se cobra por servicios de membresía estándar en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes se aplica únicamente a las membresías individuales.
- Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios no cubiertos o de productos y servicios de tarifas similares ofrecidos por los proveedores de servicios del Programa (lo que incluye, entre otros, gimnasios o centros de acondicionamiento físico, ofertas de acondicionamiento físico digital, proveedores de servicios cognitivos digitales, Fitbit y otras ofertas de servicios por terceros disponibles a través del Programa). Estas tarifas incluyen, entre otras, las tarifas asociadas con sesiones de entrenamiento personal, clases especializadas, niveles mejorados de membresía en centros más allá del nivel de membresía estándar o básica y la entrega de comida.

El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Exención de Responsabilidad

- Siempre busque el consejo de un médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.
- Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de los servicios ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias y compañías afiliadas no avalan, ni son responsables de, los servicios ni la información proporcionada por terceros, ni el contenido de cualquier sitio web vinculado, tampoco de lesiones que usted pueda sufrir mientras participa en cualquiera de las actividades del Programa.

Requisitos Adicionales

- Antes de inscribirse, usted debe verificar que el gimnasio, el centro de acondicionamiento físico o el proveedor de servicios en particular participe en el Programa.

- Si el proveedor de servicios del Programa que utiliza, incluso un gimnasio o centro de acondicionamiento físico, deja de participar en el Programa, su participación en el Programa y la tarifa por membresía mensual que no se cobra con dicho proveedor de servicios a través del Programa se interrumpirán hasta que usted se inscriba en otro servicio ofrecido por un proveedor de servicios participante. Usted será responsable de pagar las tarifas de membresía estándar de dicho proveedor de servicios si elige seguir recibiendo servicios de un proveedor de servicios una vez que el proveedor de servicios deje de participar en nuestro Programa. Si desea cancelar la membresía con dicho proveedor de servicios, puede hacerlo según las normas de cancelación del proveedor de servicios en particular, incluso el gimnasio o centro de acondicionamiento físico correspondiente. Usted debe revisar sus derechos de cancelación con un proveedor de servicios al momento que elija inscribirse con dicho proveedor de servicios.

Requisitos de Datos

- Optum (el administrador del Programa) o su proveedor de servicios recopilarán y enviarán o recibirán electrónicamente la información personal mínima requerida para facilitar el Programa según los requisitos de las leyes vigentes, incluso las leyes de privacidad. Tal información personal requerida incluye, entre otros, el código de confirmación del programa, la ID de membresía del gimnasio, centro de acondicionamiento físico o proveedor, el año y el mes de actividad y la cantidad mensual de visitas. Al inscribirse en el Programa, usted autoriza a Optum a solicitar, y a cada proveedor de servicios a proporcionar, dicha información personal.

©2021 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Sección 16 Términos y Condiciones de Fitbit®

El uso por parte suya de un servicio o dispositivo de Fitbit es voluntario. Si sufre de una condición médica o cardíaca, debe consultar a su médico antes de utilizar el Servicio de Fitbit, de participar en un programa de ejercicios o de modificar su dieta. La disponibilidad del beneficio de Fitbit varía según el plan o el mercado. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información detallada. Fitbit, el logotipo de Fitbit y marcas o logotipos relacionados son marcas comerciales de Google LLC o de sus compañías afiliadas.

Capítulo 12

Definición de palabras importantes

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria – Entidad que opera exclusivamente con el fin de suministrar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren ser hospitalizados y cuya estadía en el centro no es mayor de 24 horas.

Periodo de Inscripción Anual – Plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

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 suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación del Saldo – Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido permitido por el plan. Como miembro de AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO), usted solamente tiene que pagar el costo compartido permitido por nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores de la red le cobren mediante “facturación del saldo” ni que le cobren una cantidad mayor al costo compartido indicado por su plan.

Periodo de beneficios – Es la forma como Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario como paciente hospitalizado (o ningún cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha terminado un periodo de beneficios, comienza entonces un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible correspondiente al cuidado hospitalario como paciente hospitalizado por cada periodo de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Medicamento de marca – Es un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló desde el principio. Los medicamentos tienen en su formulación los mismos principios activos que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente están disponibles una vez que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted, u otra persona calificada en nombre de usted, hayan gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra el programa Medicare.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – los C-SNP son Planes para Personas con Necesidades Especiales que limitan la inscripción solamente a personas con necesidades especiales que tienen condiciones crónicas graves o incapacitantes específicas, según se define en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, 422.2. Un C-SNP debe ofrecer atributos específicos que superen la prestación de servicios básicos de la Parte A y la Parte B de Medicare y la coordinación del cuidado de la salud que se exige de todos los Planes de Cuidado Coordinado de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Estudio de Investigación Clínica – Método utilizado por médicos y científicos para poner a prueba nuevos métodos de cuidado médico, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos buscando 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.

Coseguro – Cantidad que posiblemente tenga que pagar, la cual se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta una vez que haya pagado los deducibles correspondientes. El coseguro para los servicios dentro de la red se basa en tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico para el cual se aplica el coseguro) o en el Costo Permitido por Medicare, según nuestros acuerdos contractuales para el servicio.

Cantidad Máxima Combinada de Gastos de su Bolsillo – Es la cantidad máxima que usted pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B que haya recibido tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Para obtener más información acerca de la cantidad máxima combinada de gastos de su bolsillo, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.

Compendios – Fuentes de referencia reconocidas por Medicare que contienen información sobre los medicamentos y las indicaciones médicamente aceptadas para la cobertura de la Parte D.

Queja – El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios – Es un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de haber tenido una enfermedad o lesión, entre ellos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y patología del lenguaje y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Copago – Cantidad que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un suministro o 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), no es un porcentaje.

Costo Compartido – Costo compartido se refiere a lo que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan.) El costo compartido

incluye cualquier combinación de los siguientes tres 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 medicamento específico; o (3) el "coseguro", un porcentaje del total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de Costo Compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está asignado a 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.

Determinación de cobertura – Es una decisión con respecto a un medicamento recetado cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que usted debe pagar por él. Por lo general, una determinación de cobertura no ocurre cuando usted va a una farmacia para surtir una receta le indican que lo recetado no está cubierto por su plan. Por lo tanto, para obtener una decisión formal de su cobertura, usted debe llamar o escribir al plan y solicitarla. En esta guía, a las determinaciones de cobertura se les llama "decisiones de cobertura". En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura".

Medicamentos cubiertos – Son todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

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.

Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditable – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, 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.

Cuidado de Custodia – Es el cuidado personal prestado en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados paliativos o en otro tipo de centros si usted no necesita cuidado médico o cuidado de enfermería especializados. El cuidado de custodia, proporcionado por una persona que no tiene capacitación o especialización profesional, incluye la ayuda en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como poner gotas en los ojos. Medicare no cubre el costo del cuidado de custodia.

Servicio al Cliente – Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Costo Compartido Diario – Es posible que se aplique un "costo compartido diario" 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 su plan es de 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día.

El Costo Compartido Diario se aplica solamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (p. ej., una tableta o cápsula) cuando se surte un suministro de menos de un mes conforme

a la ley vigente. Los requisitos de la tarifa diaria de costo compartido no se aplican a ninguno de los siguientes casos:

1. Antibióticos en dosis orales sólidas.
2. Dosis orales sólidas que se suministran en su recipiente empaque original para ayudar a los pacientes con el cumplimiento.

Deducible – Cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la Inscripción o Cancelación de la Inscripción – Proceso para terminar su membresía en nuestro plan.

Cargo de Suministro – Tarifa 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 envasar el medicamento con receta.

Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) – Los D-SNP 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 de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación de la persona.

Equipo Médico Duradero – Es el equipo médico que el doctor receta por razones médicas. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para personas diabéticas, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por el proveedor para que los miembros del plan las usen en su propio domicilio.

Emergencia – Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier 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 se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad o la pérdida de, o una limitación grave en, una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

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 condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información – Es el documento que, junto con su Solicitud de Inscripción y los adjuntos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional que haya elegido, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Una decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), o que le permite obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). Usted puede solicitar una excepción, si nuestro plan requiere que pruebe primero otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted desea o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al formulario).

Programa Ayuda Adicional – Programa de Medicare o de un estado 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.

Medicamento Genérico – Es un medicamento recetado que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos que contiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona de igual manera que un medicamento de marca, pero por lo general cuesta menos.

Queja Formal – Tipo de queja que usted puede presentar sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluso una queja relacionada con la calidad del cuidado que ha recibido. Esto no incluye disputas sobre la cobertura o el pago de servicios.

Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio – Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Cuidado de la Salud a Domicilio – Es el cuidado de enfermería especializada y otros servicios de cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos aparecen en la Tabla de Beneficios, en la Sección 2.1 del Capítulo 4, bajo el título "Agencia de cuidado de la salud a domicilio." Si necesita servicios de cuidado de la salud a domicilio, el plan cubrirá estos servicios, siempre y cuando se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. Estos cuidados pueden incluir los servicios de un **auxiliar de cuidado de salud a domicilio,** si los servicios son parte del plan de cuidado de la salud a domicilio que se utiliza para el cuidado de su enfermedad o lesión. Estos cuidados no o están cubiertos, a menos que los proporciones un profesional capacitado como parte de un servicio que sí está cubierto. Los servicios de cuidado de la salud a domicilio no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos necesarios para obtener servicio de alimentos ni tampoco incluyen el cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.

Cuidados Paliativos – Un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido médicamente certificado con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Cuidados Paliativos – Cuidados especiales para las personas que tienen una enfermedad terminal y el asesoramiento a sus familiares. Los cuidados paliativos consisten en cuidados físicos y asesoramiento a cargo de un equipo de personas que forman parte de una compañía privada o agencia pública certificada por Medicare. Según la situación, estos cuidados pueden prestarse en el domicilio, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados paliativos tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida, aliviando el dolor y dando bienestar. El enfoque se centra en dar cuidado al paciente, no en lograr su curación. Para obtener más información sobre los cuidados paliativos, visite es.medicare.gov y en "Herramientas de búsqueda" seleccione "Buscar una publicación de Medicare" para ver o descargar la publicación "Medicare y los Beneficios de Hospicio". 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.

Estadía en el Hospital como Paciente Hospitalizado – Estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente admitido para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio".

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si sus ingresos brutos en su declaración de impuestos de los últimos 2 años (una vez que han sido ajustados y modificados), son mayores que una cantidad determinada, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA), al que también se le llama IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, así que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial – Límite máximo de la cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial -Es la etapa antes de que los gastos totales de los medicamentos, incluidas las cantidades que usted o el plan ha pagado en su nombre los gastos de su bolsillo durante año alcancen $4,660.

Período de Inscripción Inicial – Es el plazo que tiene para inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare tan pronto como cumpla los requisitos de participación en Medicare por primera vez. Si cumple los requisitos de la Parte B al cumplir 65 años, el periodo de inscripción inicial es un plazo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Cantidad Máxima de Gastos de su Bolsillo Dentro de la Red – Es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de parte de proveedores dentro de la red (preferidos). Después de alcanzar este límite, no tendrá que pagar nada más, durante el resto del año del contrato, cuando obtenga servicios cubiertos de proveedores dentro de la red. Sin embargo, hasta que alcance la cantidad máxima combinada de gastos de su bolsillo, debe seguir pagando la parte que le corresponde al recibir cuidados de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y que viven continuamente, o se espera que vivan continuamente, durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros de cuidado a largo plazo pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); un centro de enfermería (nursing facility, NF) o ambos (SNF/NF); un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID); un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados, o centros aprobados por CMS que prestan servicios para el cuidado a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de cuidado de la salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) los centros de cuidado a largo plazo específicos.

Plan Institucional Equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación realizada por el

estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de cuidado del estado correspondiente y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Personas con Necesidades Especiales puede limitar la inscripción solamente a personas que viven en una residencia de vivienda asistida (assisted living facility, ALF) contratada, si es necesario para asegurar la prestación uniforme del cuidado especializado.

Lista de medicamentos cubiertos o Formulario – Es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Programa "Ayuda Adicional".

Cargo máximo o cargo límite – En el plan Medicare Original, esta es la cantidad más alta de dinero que se le cobra a usted por un servicio cubierto de parte de los médicos y proveedores de cuidado médico que no aceptan asignaciones. El cargo límite es 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solamente se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros ni a ninguna clase de equipo.

Medicaid o Asistencia Médica – Programa conjunto del gobierno federal y estatal 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 califica para Medicare y Medicaid.

Emergencia médica - Es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de la salud y de la medicina, piensa que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una lesión, un dolor intenso, enfermedad o una condición médica que empeora rápidamente.

Indicación médicamente aceptada – Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por fuentes de referencia específicas.

Médicamente Necesario – Es la necesidad de usar servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que cumple los criterios aceptados de la profesión médica.

Medicare – Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Período del 1 de enero al 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, usted también puede inscribirse en un plan aparte para 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.

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones se le llama Parte C de Medicare. Es un plan

ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir de estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO 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**.

Costo Permitido por Medicare – Costo máximo de un servicio para que pueda ser reembolsado por Medicare Original.

Asignación de Medicare – En Medicare Original, un médico o proveedor "acepta la asignación" si acepta la cantidad aprobada por Medicare como pago total de los servicios cubiertos. Para los servicios cubiertos fuera de la red, si su médico o proveedor acepta la asignación, usted puede ahorrar dinero. Si un médico o proveedor acepta la asignación, el costo compartido que usted paga por el servicio cubierto se limita a su copago o su coseguro.

Programa de descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare – Programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros inscritos en la Parte D que han alcanzado la Etapa Sin Cobertura y que aún no reciben el programa "Ayuda Adicional". Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

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 la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, tales como los servicios para la vista, los servicios dentales o los servicios para la audición, que el plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de Salud de Medicare – Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene 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 Ancianos (PACE).

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare.

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.)

Miembro (Miembro de nuestro plan o "Miembro del Plan") – Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan, y cuya

inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Red – Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros proveedores o centros de cuidado de la salud que han acordado con nosotros prestar a nuestros miembros los servicios cubiertos y aceptar lo que pagamos y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Farmacia de la red – Farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden 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.

Proveedor de la Red – "Proveedor" es el término general que usamos 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 Estado para prestar servicios para el cuidado de la salud. "Los proveedores de la red" tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar lo que pagamos como pago total, y en algunos casos, coordinar además de prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan."

Farmacia No Preferida de Pedidos por Correo de la Red – Farmacia de pedidos por correo de la red que generalmente ofrece medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare a los miembros de nuestro plan a niveles de costo compartido más altos que los que se aplican en una farmacia preferida de pedidos por correo de la red.

Beneficios Complementarios Opcionales – Beneficios sin cobertura de Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en el paquete de beneficios. Debe elegir Beneficios Complementarios Opcionales de manera voluntaria.

Determinación de la Organización – Decisión que nuestro plan toma cuando decide si los artículos o servicios que tienen o no tienen cobertura, o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se llaman "decisiones de cobertura".

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 establecidas por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted 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 dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red – Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red – Proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están

administrados por nuestro plan.

Gastos de su Bolsillo – Consulte la definición de "costo compartido". Los "gastos de su bolsillo" del miembro son la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recibidos.

Plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) – Plan que combina servicios médicos, sociales y para el cuidado a largo plazo para personas frágiles para ayudarles a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) durante el mayor tiempo posible y, a su vez, recibir el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en el programa PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan. El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente.

La Parte C – Consulte **"Plan Medicare Advantage (MA)".**

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que tienen cobertura mediante la Parte D. Es posible que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Cada plan debe ofrecer cobertura para ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D – Cantidad que se agrega a la prima mensual de su cobertura de medicamentos de Medicare si usted ha estado sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague como mínimo, en promedio, 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.

Costo compartido preferido – Significa que el costo compartido para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D es menor en ciertas farmacias de la red.

Farmacia Preferida de Pedidos por Correo de la Red – Farmacia de pedidos por correo de la red que generalmente ofrece medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare a los miembros de nuestro plan que pueden tener niveles de costo compartido más bajos que en otras farmacias de la red o en farmacias de pedidos por correo.

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 tipo PPO tiene que cubrir todos los beneficios que ofrece, independientemente de que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro puede ser mayor cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes tipo PPO tienen un límite anual para los gastos de su bolsillo por los servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos). Tienen también un límite más alto para los gastos totales de su bolsillo considerados de manera combinada, por servicios recibidos de proveedores tanto dentro como fuera de la red (no preferidos).

Prima – Es la cantidad que se paga periódicamente 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.

Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP) – Es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primeramente para la mayor parte de sus problemas de salud. Con muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro médico.

Preautorización – En el caso de los servicios médicos, significa un proceso en el cual el Proveedor de Cuidado Primario o el proveedor que proporciona el tratamiento debe recibir la preaprobación antes de que ciertos servicios médicos sean prestados o pasen a ser pagaderos. En el caso de ciertos medicamentos significa un proceso en el que usted o su proveedor deben recibir la preaprobación antes de que ciertos medicamentos sean proporcionados o pasen a ser pagaderos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están indicados en el formulario. En un plan tipo Organización de Proveedores Preferidos (PPO), algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su proveedor de cuidado primario u otro proveedor de la red obtienen "preautorización" de parte de nuestro plan. Con un plan tipo PPO, usted no necesita preautorización para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es aconsejable que, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, se comunique con su plan para confirmar que tienen cobertura y saber cuál es el costo compartido que le corresponde.

Prótesis y Ortesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas 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 terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor – Médico u otro proveedor a quien 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.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad – es una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados tomando en cuenta su calidad, seguridad o razón de utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento que cubre el plan por cada receta o a un periodo de tiempo específico.

Servicios de Rehabilitación – Son servicios que incluyen fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional, entre otros.

Clínica Sin Previa Cita – Un lugar donde normalmente es atendido sin necesidad de citas. Puede ser un establecimiento independiente o estar ubicado en una tienda, supermercado o farmacia. Los servicios de una clínica sin previa cita están sujetos al mismo costo compartido que los centros de cuidado de urgencia. (Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4).

Área de Servicio – Zona geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud particular. En el caso de planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, esta zona es, por lo general, donde también puede recibir servicios de rutina (los que no son de

emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Cuidado de enfermería especializada y servicios para la rehabilitación que se proporcionan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solamente pueden ser proporcionados por un médico o una enfermera titulada.

Período de Inscripción Especial – Período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede cumplir los requisitos para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe el programa "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de convalecencia o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para Personas con Necesidades Especiales – Un 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 Medicaid, quienes residen en un asilo de convalecencia o quienes sufren ciertas condiciones médicas crónicas.

Costo Compartido Estándar – Costo compartido distinto al costo compartido preferido que se ofrece en farmacias de la red.

Terapia Escalonada – Procedimiento de utilización en que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

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 mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos de Urgencia – Servicios cubiertos que no sean servicios para emergencias, prestados cuando los proveedores de la red no están a su disposición ni accesibles temporalmente o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios y de inmediato.

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) Servicio al Cliente:

Llame al **1-866-870-9604**

Las llamadas a este número son gratis, 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratis, 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Escriba a **P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770

myAARPMedicare.com

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 local gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare.
Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado al número de teléfono indicado en la Sección 3 del Capítulo 2 de la Evidencia de Cobertura.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos *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 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.*

AANY23LP0052818_002