



**Plan Medicare Advantage
con cobertura de
medicamentos con receta**

Evidencia de cobertura 2022

UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)



Llamada gratuita 1-844-368-7149, TTY 711

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



www.myuhc.com/CommunityPlan

**United
Healthcare**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura

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

En esta guía encontrará los detalles de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Este documento explica cómo obtener la cobertura de los servicios de cuidado de la salud y de los medicamentos con receta que usted necesita.



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

Este plan, UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP), 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 UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP).)

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, cartas en otros idiomas, braille, letra grande, audio o bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-844-368-7149, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben comunicarse al 711). Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-844-368-7149 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8am-8pm: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El Formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

2022 Evidencia de Cobertura Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. La primera página de cada capítulo es de gran ayuda para encontrar la información que busca. **La lista detallada de los temas está al comienzo de cada capítulo.**

- Capítulo 1 Primeros pasos como miembro..... 1-1**
Explica lo que significa ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo utilizar esta guía. Contiene información acerca de los materiales que recibirá por correo, la prima del plan, su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare y cómo mantener al corriente los datos de su membresía.
- Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes..... 2-1**
Explica cómo comunicarse con nuestro plan (UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social y Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar el costo de los medicamentos con receta, y la Junta de Retiro Ferroviario.
- Capítulo 3 Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos..... 3-1**
Información importante para obtener cuidado médico. Proveedores de la red del plan y cómo obtener cuidado en caso de emergencia.
- Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)..... 4-1**
Información detallada del cuidado médico que tiene y que no tiene cobertura para miembros del plan. Cantidad que le corresponde pagar como parte del costo del cuidado médico cubierto.
- Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 5-1**
Normas que debe seguir para obtener sus medicamentos de la Parte D. Cómo usar la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** para saber cuáles son los medicamentos que tienen cobertura. Medicamentos que **no** tienen cobertura. Restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Programas del plan para la seguridad y la administración de medicamentos..

Capítulo 6	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D	6-1
Capítulo 7	Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos.....	7-1
	Cómo y cuándo debe enviar una factura para pedir al plan el reembolso de la parte del costo de los servicios o de los medicamentos cubiertos.	
Capítulo 8	Derechos y responsabilidades.....	8-1
	Derechos y responsabilidades como miembro del plan. Qué puede hacer si piensa que sus derechos no son respetados.	
Capítulo 9	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	9-1
	Pasos que usted debe seguir en caso de tener algún problema o situación preocupante como miembro del plan. <ul style="list-style-type: none">• Cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene problemas para obtener el cuidado médico o los medicamentos con receta que considera con cobertura conforme a nuestro plan. Cómo pedir una excepción a las normas o a las restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos con receta y cómo pedir el mantenimiento de la cobertura de cuidado hospitalario y de determinados tipos de servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.• Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras situaciones preocupantes.	
Capítulo 10	Cómo terminar su membresía en el plan.....	10-1
	Cómo y cuándo puede terminar su membresía en el plan. Casos en los que el plan tiene la obligación de terminar su membresía.	
Capítulo 11	Avisos legales.....	11-1
	Incluye avisos sobre las leyes vigentes y sobre la antidiscriminación.	
Capítulo 12	Definición de palabras importantes.....	12-1
	Términos clave usados en esta guía.	



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-844-368-7149**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Sección 1	Introducción.....	3
	Sección 1.1 Usted está inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP), un Plan Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales).....	3
	Sección 1.2 ¿Qué información contiene la guía Evidencia de Cobertura?.....	4
	Sección 1.3 Información legal sobre la guía Evidencia de Cobertura.....	4
Sección 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?.....	4
	Sección 2.1 Requisitos de participación.....	4
	Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	5
	Sección 2.3 ¿Qué es el programa Medicaid?.....	5
	Sección 2.4 Área de servicio del plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP).....	6
	Sección 2.5 Ciudadanía norteamericana o estatus de presencia legal.....	7
Sección 3	Materiales adicionales que recibirá de nuestra parte.....	7
	Sección 3.1 Use su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener todos los cuidados de la salud y los medicamentos con receta cubiertos.....	7
	Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan.....	8
	Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: Su guía a las farmacias de nuestra red.....	9
	Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.....	9
	Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de la Parte D (“Part D EOB”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D.....	10
Sección 4	La prima mensual del plan.....	11
	Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima del plan?.....	11
	Sección 4.2 Métodos de pago de la prima del plan.....	12
	Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?.....	14
Sección 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan.....	14

	Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tengamos su información correcta.....	14
Sección 6		Protegemos la privacidad de su información de salud personal.....	15
	Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....	15
Sección 7		Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	15
	Sección 7.1	¿Qué plan paga primero si usted tiene otro seguro?.....	15

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 **Usted está inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP), un Plan Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales)**

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

- Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, para ciertas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- Medicaid** es un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado en el que resida y el tipo de plan de Medicaid que tenga. Algunas personas inscritas en Medicaid reciben asistencia para el pago de las primas de Medicare y para costear otros gastos. Otras personas reciben además cobertura de servicios adicionales y de medicamentos no cubiertos por Medicare.

Usted ha optado por recibir el cuidado de la salud de Medicare y la cobertura de sus medicamentos con receta a través de nuestro plan, UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP).

Existen distintos planes de salud de Medicare. El plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un plan para Necesidades Especiales de Medicare), es decir, con beneficios concebidos para personas con necesidades médicas especiales. El plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para las personas inscritas en el programa Medicare y que además tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

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 del Paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Para más información, consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS): www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families.

Dado que usted recibe asistencia del programa Medicaid, pagará una cantidad menor o nada, para recibir algunos de los servicios de cuidado de la salud de Medicare. Es posible que Medicaid le ofrezca también otros beneficios al cubrir los servicios de cuidado de la salud y de medicamentos con receta que Medicare normalmente excluye de su cobertura. También recibirá el programa Ayuda Adicional de Medicare para costear los gastos de los medicamentos con receta. El plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) administrará todos estos beneficios para que usted reciba servicios de cuidado de la salud y asistencia para el pago de los servicios que le corresponde.

El plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, el Plan Medicare para Necesidades Especiales tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid Nebraska para coordinar los beneficios que recibe de este programa. Nos complace

mucho proporcionar su cobertura de cuidado de la salud de Medicare, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

Sección 1.2 ¿Qué información contiene la guía Evidencia de Cobertura?

La guía **Evidencia de Cobertura** explica cómo obtener servicios de cuidado de la salud de Medicare y medicamentos con receta que tienen cobertura a través de nuestro plan. La guía también explica sus derechos y responsabilidades, los servicios cubiertos y las cantidades que usted debe pagar como miembro del plan.

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

Es para su provecho enterarse de las normas del plan y de los servicios que tiene a su disposición. Para ello, tome un momento para familiarizarse con la guía **Evidencia de Cobertura**.

Si algo no está claro y si tiene alguna duda o pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (los teléfonos están impresos en la portada de esta guía).

Sección 1.3 Información legal sobre la guía Evidencia de Cobertura

Forma parte de nuestro contrato con usted

La guía **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted y describe la manera como el plan cubre su cuidado. Las partes adicionales de este contrato incluyen la solicitud de inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** y cualquier notificación que reciba de nuestra parte respecto a cambios a su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estos avisos se conocen también como “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante todos los meses que usted esté inscrito en el plan, del 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario el programa Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan a partir del 31 de diciembre de 2022. También podemos optar por cancelar el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

El programa Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Como miembro de nuestro plan usted puede recibir la cobertura de Medicare siempre y cuando nosotros elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

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

Sección 2.1 Requisitos de participación

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan si:

- Usted está inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 detalla la Parte A y la Parte B de Medicare)

- **Y** – vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 más adelante describe nuestra área de servicio).
- **Y** – es ciudadano norteamericano o tiene el estatus de presencia legal en los Estados Unidos
- **Y por último** – cumple con los requisitos de participación especiales descritos a continuación.

Requisitos de participación especiales del plan

Este plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de parte del programa Medicaid (un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para participar en nuestro plan, usted debe cumplir los requisitos para recibir asistencia con el pago de los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.

Tenga presente lo siguiente: Si deja de cumplir los requisitos de participación en Medicaid pero espera cumplirlos en un plazo no mayor de 6 meses, usted sigue cumpliendo los requisitos de membresía en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4, explica la cobertura durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando usted se inscribió por primera vez en Medicare recibió información sobre los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde que:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales a pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de servicios de cuidado de la salud a domicilio.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios que presta un médico, la terapia de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como Equipo Médico Duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es el programa Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide cuáles son las fuentes de ingresos y recursos que califican, quién cumple los requisitos, qué servicios tienen cobertura y cuánto cuestan los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas siempre y cuando se sigan las pautas federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a que las personas con ingresos y recursos limitados ahorren dinero cada año.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y provee beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la agencia estatal de Medicaid para el pago del costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Por regla general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.
- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Sección 2.4 Área de servicio del plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)

Sin bien Medicare es un programa federal, 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 Nebraska: Adams, Antelope, Boone, Buffalo, Burt, Butler, Cass, Clay, Colfax, Cuming, Custer, Dodge, Douglas, Fillmore, Gage, Hall, Hamilton, Howard, Jefferson, Johnson, Kearney, Lancaster, Madison, Merrick, Nuckolls, Otoe, Pawnee,

Pierce, Platte, Polk, Saline, Sarpy, Saunders, Seward, Sherman, Stanton, Thayer, Thurston, Washington, Wayne, Webster, York.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

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.

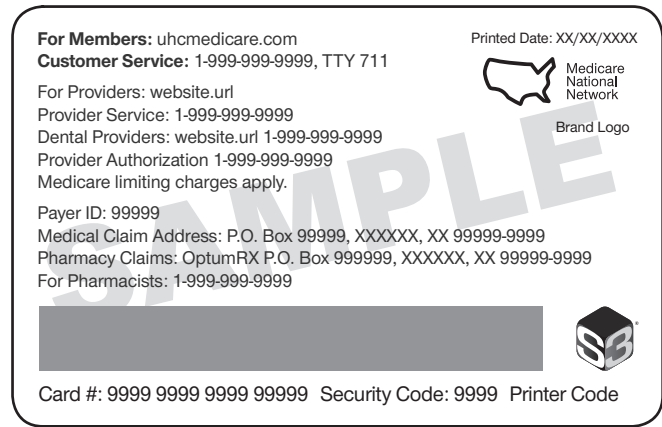
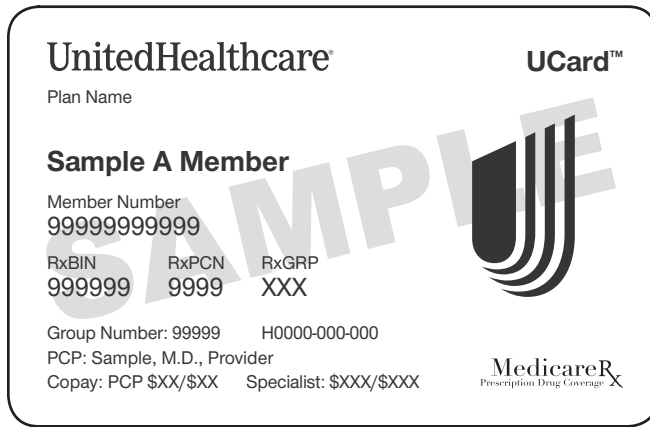
Sección 2.5 Ciudadanía norteamericana o estatus de presencia legal

Los miembros de planes de salud Medicare deben ser ciudadanos norteamericanos o tener estatus de presencia legal en los Estados Unidos. El programa Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará al plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón. El plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) cancelará su inscripción si no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales adicionales que recibirá de nuestra parte

Sección 3.1 Use su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener todos los cuidados de la salud y los medicamentos con receta cubiertos

Como miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare que le proporcionemos siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para adquirir medicamentos con receta en farmacias de la red. **IMPORTANTE** – Si tiene Medicare y Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), no se olvide de mostrar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare y su tarjeta de ID de Medicaid estatal siempre que reciba servicios. De esta manera, su proveedor podrá facturar los servicios correctamente. La siguiente es una muestra de 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 de rutina, es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare.

Le explicamos por qué es tan importante: Si usa su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para recibir servicios con cobertura mientras sea miembro del plan, es posible que usted tenga que pagar el costo total.

Si su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de esta guía.)

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

El **Directorio de Proveedores** indica los proveedores de servicios y los distribuidores de Equipo Médico Duradero de nuestra red. Es posible que este Directorio también identifique a los proveedores que participan en Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid). Usted puede consultar a cualquier proveedor del Directorio para recibir los servicios cubiertos por el plan, aunque no participen en Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid). Comuníquese con Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) para obtener más información sobre los proveedores que participan en Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid).

¿Qué son los “proveedores de la 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. Hemos establecido un acuerdo con estos proveedores para que presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.myuhc.com/CommunityPlan.

¿Por qué es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, excepto en casos limitados, mientras usted sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para recibir cuidado y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (normalmente, si usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área de servicio y casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (**Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios médicos**) para obtener información más específica sobre la cobertura en casos de emergencia, fuera de la red y fuera del área de servicio.

Si no tiene una copia del Directorio de Proveedores, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). Puede solicitar a Servicio al Cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluso sus títulos y certificaciones. También puede buscar información de los proveedores en nuestro sitio web. Tanto en Servicio al Cliente como en el sitio web puede obtener la información más actualizada de los cambios en nuestra red de proveedores. (Puede encontrar la información de nuestro sitio web y número de teléfono en la portada de esta guía.)

Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: Su guía a las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la 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.

¿Por qué necesita saber cuáles son las farmacias de la red?

Puede consultar el Directorio de Farmacias para buscar la farmacia de la red que desee usar. El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.myuhc.com/CommunityPlan. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2022 para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

Si no tiene el Directorio de Farmacias, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). Puede llamar en cualquier momento a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También encontrará esta información en nuestro sitio web en www.myuhc.com/CommunityPlan.

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.

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta mediante sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o con Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) La información de contacto aparece en el Capítulo 2 de esta guía. Su plan de salud de Medicaid o Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) también pueden proporcionarle una Lista de Medicamentos de Medicaid que le indique cómo saber los medicamentos que están cubiertos por Medicaid.

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 (www.myuhc.com/CommunityPlan) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de la Parte D (“Part D EOB”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D

Una vez que use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este informe se llama **Explicación de Beneficios de la Parte D** (“Part D Explanation of Benefits, EOB”).

La Explicación de Beneficios de la Parte D le indica la cantidad total que usted, otros en nombre de usted y nosotros hemos gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total pagada por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D cada mes que se utilicen los beneficios de la Parte D. La Explicación de Beneficios de la Parte D le proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con el profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 5** (Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D) contiene más información sobre la Explicación de Beneficios de la Parte D y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

La Explicación de Beneficios de la Parte D también está disponible si se solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Sección 4 La prima mensual del plan

Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan a menos que califique para el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica para el programa “Ayuda Adicional”, usted no tendrá que pagar una prima mensual del Plan (la prima del plan de medicamentos con receta). Las personas que tienen Medicare y Medicaid califican automáticamente para el programa “Ayuda Adicional”. Como usted califica para el programa "Ayuda Adicional", en el año 2022 la prima mensual de nuestro plan es de \$0.

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

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

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare tan pronto como cumplieron los requisitos por primera vez o debido a que estuvieron sin cobertura de medicamentos con receta “acreditable” durante un período de 63 días consecutivos o más. (El término “acreditable” significa que se espera que, como mínimo, la cobertura de medicamentos pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. La prima que tendrán que pagar será la suma de la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D.
 - Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - 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.
 - Si tiene la obligación de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la multa depende del tiempo que estuvo sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D.
 - Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, conocido como el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D, también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). Esto se debe a que en los últimos 2 años, sus ingresos brutos ajustados y modificados fueron superiores a cierta cantidad, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los miembros sujetos al Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso tendrán que pagar la prima estándar y este cargo adicional, el cual se agregará a su prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explica en la Sección 2 anterior, para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe seguir cumpliendo los requisitos de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), además de tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP), Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si recibe beneficios de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), es posible que usted no tenga que pagar ninguna prima de Medicare. Si no cumple los requisitos para recibir beneficios de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), es posible que usted tenga que pagar las primas de la Parte A y la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.

Si sus ingresos brutos ajustados y modificados, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de los últimos 2 años, son superiores a cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, al que también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional y no la paga, se cancelará su inscripción en el plan.**
- 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. Si sucedió algún acontecimiento que cambió su vida y que hizo que sus ingresos disminuyeran, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- También puede visitar [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov) en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El manual **Medicare y Usted 2022** contiene información sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare 2022”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual **Medicare y Usted** cada año, en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare lo reciben a más tardar un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia del manual **Medicare y Usted 2022** desde el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.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 4.2 Métodos de pago de la prima del plan

Usted cuenta con dos maneras de pagar la prima de su plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para indicar el método que prefiere para pagar la prima o si desea cambiar su método actual. (Encontrará el número de teléfono en la portada de esta guía.)

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.

Opción 1: Puede 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 por 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: Puede pedir que el pago de la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que el pago de la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera, comuníquese con Servicio al Cliente. Nos complacerá ayudarle a hacer los arreglos necesarios. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen 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 de la prima 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 su prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si es posible remitirle a algún programa que pueda ayudarle con el pago de la prima. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de esta guía.)

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la prima del plan, tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original.

Seguirá teniendo cobertura de medicamentos de la Parte D mientras reciba el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta. Medicare le inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta para su 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, tiene derecho a presentar una queja para pedir que reconsideremos la decisión tomada. Las instrucciones para presentar quejas se encuentran en la Sección 11 del Capítulo 9 de esta guía. Si se presentó una situación de emergencia fuera de su control la cual produjo el incumplimiento del pago de la prima

del plan dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos la decisión llamando al 1-844-368-7149, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. 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 4.3 ¿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.

Sección 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos su información correcta

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.

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) 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.

Lea toda la información que le enviamos sobre otra cobertura de seguro que tenga

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. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura si usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

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 (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Sección 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de esta guía.

Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

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”, solamente paga los costos que la cobertura primaria no cubre. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no han sido cubiertos.

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 Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) ni TRICARE son los pagadores primarios de los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud de grupo del empleador.

Si tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar información de otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). 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.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1	Contactos de UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) (Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan para todas sus necesidades)....	2
Sección 2	Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	8
Sección 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (Obtenga ayuda, información y respuestas gratuitamente a sus preguntas sobre Medicare).....	10
Sección 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Una entidad que recibe pagos directamente del programa Medicare para verificar la calidad del cuidado de la salud que reciben las personas inscritas en el programa).....	11
Sección 5	Seguro Social.....	12
Sección 6	Medicaid (programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)...	13
Sección 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	16
Sección 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	18
Sección 9	¿Tiene un “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?.....	18

Sección 1 Contactos de UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) (Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan para todas sus necesidades)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan.

Para obtener asistencia sobre reclamos, facturación o tarjetas de ID de miembro de UnitedHealthcare, llame o escriba al Servicio al Cliente de nuestro plan. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicio al Cliente - Información de contacto
Llame al	1-844-368-7149 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
Sitio web	www.myuhc.com/CommunityPlan

Cómo solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con respecto a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Si desea saber cómo pedir decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]). Puede llamarnos si tiene preguntas con respecto a nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico – Información de contacto
Llame al	1-844-368-7149 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico – Información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
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	www.myuhc.com/CommunityPlan

Cómo presentar una apelación sobre su cuidado médico

Una apelación es el mecanismo formal para pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea saber cómo presentar una apelación con respecto a su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Apelaciones sobre el cuidado médico – Información de contacto
Llame al	1-844-368-7149 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas acerca del cuidado médico: 1-877-262-9203 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un fax al	Únicamente si se trata de apelaciones rápidas o expeditas: 1-866-373-1081

Método	Apelaciones sobre el cuidado médico – Información de contacto
Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0187, Cypress, CA 90630-0016
Sitio web	www.myuhc.com/CommunityPlan

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores 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. (Si su problema está relacionado con el pago o la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación.) 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	1-844-368-7149 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Si se trata de quejas de tramitación rápida o expedita sobre el cuidado médico: 1-877-262-9203 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un fax al	Únicamente para quejas de tramitación rápida: 1-866-373-1081
Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0187, Cypress, CA 90630-0016
Medicare sitio web	Puede presentar su queja sobre el plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, vaya a es.medicare.gov/

Método	Quejas sobre el cuidado médico – Información de contacto
	MedicareComplaintForm/home.aspx .

Qué hacer si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con respecto a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta de la Parte D cubiertos bajo el beneficio incluido en su plan. Si desea saber cómo pedir decisiones de cobertura relacionadas con los 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]**).

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
Llame al	1-844-368-7149 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un fax al	1-844-403-1028
Escriba a	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
Sitio web	www.myuhc.com/CommunityPlan

Cómo presentar una apelación de sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es el mecanismo formal para pedir que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea saber cómo presentar una apelación con respecto a sus 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]**).

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
<p>Llame al</p>	<p>1-844-368-7149 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas sobre medicamentos con receta de la Parte D: 1-800-595-9532 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p>
<p>TTY</p>	<p>711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p>
<p>Envíe un fax al</p>	<p>Si se trata de apelaciones de tramitación estándar de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6294 Si se trata de apelaciones rápidas o expeditas de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6296</p>
<p>Escriba a</p>	<p>UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016</p>
<p>Sitio web</p>	<p>www.myuhc.com/CommunityPlan</p>

Cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nuestros servicios o los de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad del cuidado de la salud que usted recibe. Este tipo de queja excluye disputas con la cobertura y pagos. (Si su problema es respecto a la cobertura o los pagos del plan, consulte la Sección anterior sobre cómo presentar una apelación.) Si desea saber cómo presentar una queja sobre sus 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]**).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
<p>Llame al</p>	<p>1-844-368-7149</p>

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
	<p>Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Para apelaciones rápidas o expeditas sobre medicamentos con receta de la Parte D: 1-800-595-9532</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p>
Envíe un fax al	<p>Para quejas de tramitación estándar de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6294</p> <p>Para quejas de tramitación rápida o expedita de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6296</p>
Escriba a	<p>UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016</p>
Medicare sitio web	<p>Puede presentar su queja sobre el plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

A dónde debe remitir su solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que haya recibido.

Si desea más información en caso que necesite pedirnos el reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (**Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.**)

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

Método	Solicitudes de pago relacionadas con el cuidado médico – Información de contacto
Llame al	1-844-368-7149 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	Si se trata de solicitudes de pago de reclamos médicos: UnitedHealthcare P.O. Box 5240, Kingston, NY 12402-5240 Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: OptumRx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
Sitio web	www.myuhc.com/CommunityPlan

Sección 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada CMS). Esta agencia tienen un contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo a nosotros mismos.

Método	Medicare – Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 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 únicamente para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Medicare – Información de contacto
Sitio web	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Este sitio le brinda información al día sobre Medicare y los asuntos corrientes de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias servicios de cuidado de la salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye guías que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare contiene detalles para determinar si cumple los requisitos para recibir Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta para determinar si cumple los requisitos para recibir Medicare: le proporciona información los requisitos para recibir Medicare.• Buscador de Planes de Medicare: Proporciona 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. <p>También puede usar el sitio web para presentar una queja ante Medicare respecto a UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none">• Tell Medicare about your complaint: Puede presentar su queja sobre el plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite el sitio web es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar los servicios del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, acuda a su biblioteca o centro local para adultos de edad avanzada, donde le permitirán usar las computadoras para visitar este sitio web. O si prefiere, puede llamar a Medicare y pedir la información está buscando. Medicare buscará la información que solicite en el sitio web, imprimirán una copia y se la enviarán por correo. Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa de ayuda del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En el estado donde usted reside, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud se llama Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP).

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a las personas inscritas en Medicare.

Los asesores del programa pueden ayudarlo a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. También le ayudarán a entender sus derechos bajo Medicare, a presentar quejas relacionadas con su cuidado médico o tratamientos médicos y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Estos asesores también le ayudarán a que entienda las opciones de su plan de Medicare y responderán sus 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 “**Formularios, Ayuda y Otros Recursos**” en la parte superior derecha del menú
- En el menú desplegable, haga clic en “**Números de Teléfono y Sitios Web**”
- Ahora usted tiene varias opciones
 - Opción # 1: Usted puede tener una **conversación en vivo**
 - Opción # 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en la parte de abajo del menú
 - Opción # 3: 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 Nebraska Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
Llame al	1-800-234-7119

Método	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) – Información de contacto Nebraska Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
TTY	711
Escriba a	2717 S. 8th Street, STE 4, Lincoln, NE 68508
Sitio web	https://doi.nebraska.gov/consumer/senior-health

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Una entidad que recibe pagos directamente del programa Medicare para verificar la calidad del cuidado de la salud que reciben las personas inscritas en el programa)

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

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del estado en el que usted reside cuenta con un grupo de médicos y de profesionales del cuidado de la salud que reciben el pago por sus servicios directamente del gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado de la salud de las personas inscritas en Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de un estado en particular es una organización independiente y 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 Nebraska Livanta BFCC-QIO Program
Llame al	1-888-755-5580

Método	Organización para el Mejoramiento de la Calidad: Información de contacto Nebraska Livanta BFCC-QIO Program
	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	1-888-985-9295 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 comuniquen 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

Método	Seguro Social - Información de Contacto
	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 (programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Como miembro de este plan, usted califica para Medicare y Medicaid. Según sea el estado donde usted viva y los requisitos que cumpla, es posible que Medicaid pague servicios domésticos, cuidado personal y otros servicios que no paga Medicare.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a que las personas con ingresos y recursos limitados ahorren dinero cada año:

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

- Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Agencia Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos

de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid).

Método	Programa Estatal de Medicaid – Información de Contacto Nebraska Nebraska Department of Health and Human Services
Llame al	1-402-471-3121 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro, 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	301 Centennial Mall S, Lincoln, NE 68509
Sitio Web	http://dhhs.ne.gov/Pages/default.aspx

Método	Oficina estatal de Medicaid (para saber si cumple los requisitos): Información de contacto Nebraska ACCESS Nebraska Document Imaging CTR
Llame al	1-855-632-7633 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.

Método	Oficina estatal de Medicaid (para saber si cumple los requisitos): Información de contacto Nebraska ACCESS Nebraska Document Imaging CTR
Escriba a	P.O. Box 2992, Omaha, NE 68107-2992
Sitio web	http://dhhs.ne.gov/Pages/Medicaid-Eligibility.aspx

Método	Oficina estatal de Medicaid (para obtener información sobre cobertura y servicios): Información de contacto Nebraska Nebraska Department of Health & Human Services
Llame al	1-402-471-3121 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	P.O. Box 95026, Lincoln, NE 68509-5026
Sitio web	http://dhhs.ne.gov/Pages/Medicaid-Services.aspx

El programa del Defensor del Afiliado ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas en el servicio o de facturación. También pueden ayudarle a presentar quejas formales o apelaciones ante el plan.

Método	Programa Estatal del Defensor del Afiliado: Información de contacto Nebraska The Office of the Public Counsel - State Capitol, Centre Terrace Bldg
Llame al	1-800-742-7690 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	1-800-833-7352 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	1225 L Street, Ste#300, Lincoln, NE 68509
Sitio web	http://www.nebraskalegislature.gov/divisions/ombud.php

El Programa del Defensor del Afiliado en casos de cuidado a largo plazo ayuda a estas personas a obtener información sobre asilos de convalecencia. También ayuda a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y sus residentes o sus familiares.

Método	Programa Estatal del Defensor del Afiliado en casos de cuidado a largo plazo Nebraska Department of Health and Human Services
Llame al	1-800-942-7830 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado únicamente para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	P.O. Box 95026, Lincoln, NE 68509-5026
Sitio web	http://dhhs.ne.gov/Pages/Aging-Ombudsman.aspx

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que usted cumple los requisitos de Medicaid, es posible que usted califique para, y esté recibiendo, el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para recibir el programa “Ayuda Adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre 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 Estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo.)

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

- Llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en la Sección 1 del Capítulo 2. Nuestros Representantes de Servicio al Cliente pueden ayudarle a corregir su copago.

- 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 (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

¿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 cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta. Tenga en cuenta: 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 actualmente está inscrito en un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida, este puede seguir ayudándole con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que estén en el Formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique cualquier cambio en el número de su póliza o en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare al trabajador de inscripciones de su Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local.

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 Nebraska Department of Health & Human Services
Llame al	1-402-471-2101 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio Web	http://dhhs.ne.gov/Pages/Ryan-White.aspx

¿Qué sucede si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos con receta? ¿Podrá obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos con receta. Si recibe el programa Ayuda Adicional,

entonces el Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Si recibe el programa Ayuda Adicional, ya tiene cobertura para costear los medicamentos con receta durante la etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento pero cree que debería recibirlo?

Si piensa que ya alcanzó la etapa sin cobertura y no recibió un descuento al pagar su medicamentos de nombre de marca, debe revisar el documento Explicación de Beneficios de la Parte D tan pronto lo reciba. Si el descuento no aparece en este documento, debe comunicarse con nosotros para confirmar que los registros de sus medicamentos estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le debemos un descuento, puede presentar una apelación. Si necesita ayuda para presentar una apelación ante el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, llame a los teléfonos que aparecen en la Sección 3 de este Capítulo o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8 **Cómo comunicarse con 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 tiene preguntas sobre los beneficios que recibe de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

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.

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 3:00 p.m., de lunes a viernes. 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 un “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 o las primas 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 esta guía.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan o los períodos de inscripción para hacer un cambio.

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 la cobertura del plan
para obtener servicios médicos

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Sección 1	Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud como miembro del plan.....	3
	Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de la red” y servicios cubiertos?.....	3
	Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de cuidado de la salud de parte del plan.....	3
Sección 2	Uso de proveedores de la red del plan para obtener cuidado de la salud.....	4
	Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para proporcionar y supervisar su cuidado médico.....	4
	Sección 2.2 Cómo obtener cuidado de especialistas y de otros proveedores de la red.....	5
	Sección 2.3 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red....	6
Sección 3	Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia, necesidad urgente de cuidado de la salud o durante un desastre.....	6
	Sección 3.1 Cómo obtener cuidado en casos de emergencia médica.....	7
	Sección 3.2 Cómo recibir cuidado si necesita servicios de urgencia.....	8
	Sección 3.3 Obtención de cuidados durante un desastre.....	8
Sección 4	Facturación directa del costo total de los servicios cubiertos.....	9
	Sección 4.1 Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.....	9
	Sección 4.2 Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....	9
Sección 5	¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico?	10
	Sección 5.1 ¿Qué es un ensayo clínico?.....	10
	Sección 5.2 Si participa en un ensayo clínico, ¿qué costos debe pagar usted o el plan?.....	10
Sección 6	Normas para obtener cuidados cubiertos en una institución religiosa no médica que ofrece servicios de salud.....	11
	Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?	11

	Sección 6.2 Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud.....	12
Sección 7	Normas sobre la propiedad del equipo médico duradero.....	12
	Sección 7.1 ¿Quién es el propietario del equipo médico duradero después de haber realizado una cantidad determinada de pagos en nuestro plan?	12
Sección 8	Reglas para Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento.....	13
	Sección 8.1 ¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a que tiene derecho?.....	13
	Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?....	13
	Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted deja su plan y regresa a Medicare Original?....	14

Sección 1 **Cómo obtener la cobertura de cuidado de la salud como miembro del plan**

En este Capítulo encontrará información para obtener los servicios que ofrece la cobertura de cuidado de la salud del plan. También contiene definiciones de términos y una explicación de las normas que debe seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros cuidados de la salud 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?**

Las siguientes son algunas definiciones que le ayudarán a saber cómo obtener los cuidados y los servicios médicos que tienen cobertura como miembro de nuestro plan:

- **Proveedores** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que el estado certifica para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones 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. Nosotros hemos llegado a un acuerdo para que estos proveedores proporcionen 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 cubiertos
- **Servicios cubiertos** incluye todos los cuidados de la salud, servicios de cuidado de la salud, suministros y equipo cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidados de la salud aparecen en la **Tabla de Beneficios** del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios que proporciona la cobertura Medicare Original y puede ofrecer otros servicios adicionales a aquellos cubiertos por Medicare Original, según se describe en el capítulo 4

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

- **El cuidado que reciba está incluido en la Tabla de Beneficios Médicos** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía).
- **El cuidado que reciba está considerado como médicamente necesario.** El término “médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son

necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición de salud y cumplen con los criterios aceptados de la profesión médica.

- **Usted cuenta con un proveedor de cuidado primario de la red que provee y supervisa su cuidado.** Como miembro del plan, usted debe escoger un proveedor de cuidado primario dentro de la red (para más información, consulte la Sección 2.1 de este Capítulo).
- **Debe recibir cuidados de la salud de un proveedor de la red** (para más información, consulte la Sección 2 de este Capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto. **Pero hay tres excepciones:**
 - El plan cubre el cuidado de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para más información y para la definición de cuidado de emergencia o cuidado requerido de urgencia, consulte la Sección 3 de este Capítulo.
 - Si usted necesita cuidado médico que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar este cuidado, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos los servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Usted debe obtener nuestra aprobación antes de comenzar a recibir cuidado de un proveedor fuera de la red. Comuníquese con Servicio al Cliente, o pídale a su proveedor de cuidado primario o al proveedor fuera de la red que nos llame para obtener la aprobación (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
 - El plan cubre los servicios de diálisis que obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Sección 2 Uso de proveedores 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 y elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web indicado en el Capítulo 2 de esta guía. Así obtendrá la información más actualizada de 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.

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.

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 ocurre cuando un especialista o un proveedor de la red dejan de dar servicios a nuestro plan?

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios a la lista de hospitales, doctores y especialistas que forman parte del plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de dar servicios al plan, si esto ocurre, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Si bien los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos, en buena fe, por darle aviso con 30 días de anticipación a que su proveedor de la red deje de dar servicios a nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si actualmente está bajo tratamiento, tiene derecho a pedir que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sufra interrupciones, y nos aseguraremos de que así sea.
- Si no está satisfecho con que el proveedor calificado que reemplaza a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo tratado adecuadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará de dar servicios al plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un proveedor nuevo para que administre sus cuidados.

Puede solicitar ayuda al Servicio al Cliente al número que se indica 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 tienen 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

El cuidado que reciba de proveedores fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que cumpla con una de las tres excepciones descritas en la Sección 1.2 de este Capítulo. Para información sobre cómo obtener cuidado fuera de la red en caso de una emergencia médica o necesidad urgente de cuidado de la salud, consulte la Sección 3 de este Capítulo.

Sección 3 Cómo obtener servicios cubiertos en casos de emergencia, necesidad urgente de cuidado de la salud o durante un desastre

Sección 3.1 **Cómo obtener cuidado en casos de emergencia médica**

¿Qué es una y qué debe hacer en casos de emergencia médica?

Se entiende por **emergencia médica** cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición de salud que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted **no** necesita obtener aprobación ni una referencia previa de parte de su proveedor de cuidado primario.

Servicios cubiertos en casos de emergencia médica

Podrá recibir cuidados de la salud de emergencia con cobertura cuando los necesite, en cualquier parte del mundo. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la **Tabla de Beneficios Médicos** en el Capítulo 4 de esta guía.

Si recibe servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios, generalmente tendrá que pagar la factura al momento de recibir los servicios. La mayoría de los proveedores extranjeros no cumplen los requisitos para recibir un reembolso directamente de Medicare, y le pedirán a usted que pague los servicios directamente. Pida una factura o un recibo detallado por escrito que muestre los servicios específicos que le prestaron. Envíenos una copia de la cuenta detallada o un recibo detallado para que le reembolsemos. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener toda la información adicional necesaria para procesar correctamente su solicitud de reembolso, incluso los registros médicos.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestan cuidado de emergencia para ayudar en la administración y el seguimiento de su cuidado. 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 termina la situación de emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para confirmar que su condición continúa estable. El cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si su cuidado de la salud de emergencia es proporcionado por proveedores fuera de la red, trataremos de hacer las gestiones necesarias para que proveedores de la red asuman su cuidado, tan pronto como el estado de su salud y las circunstancias lo permitan.

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, cubriremos el cuidado adicional **únicamente** si lo obtiene en una de las siguientes dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener el cuidado adicional.
- **O bien**, si el cuidado adicional que obtiene se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las normas para obtenerlo. (Para más información, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo recibir cuidado si necesita servicios de urgencia

¿Qué son servicios requeridos de urgencia?

Los servicios requeridos de urgencia son los cuidados prestados para tratar una enfermedad, lesión o condición de salud no prevista, que no es de emergencia pero que requiere cuidado de la salud inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente indisponibles o inaccesibles. Por ejemplo, la condición imprevista podría ser la exacerbación imprevista de una enfermedad que ya se sabe que usted padece.

¿Qué debe hacer si se encuentra en el área del plan y necesita servicios requeridos de urgencia?

Siempre debe tratar de obtener servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran disponibles en el momento o están inaccesibles, y no es razonable esperar para obtener los cuidados hasta que el proveedor esté disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte el **Directorio de Proveedores** para la lista de centros de cuidado de urgencia de la red.

¿Qué debe hacer si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita cuidado de urgencia?

Si usted se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia que reciba de cualquier proveedor por el costo compartido de los Servicios Requeridos de Urgencia según se indica en el Capítulo 4.

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, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara la zona geográfica en la que

usted reside un área de desastre o en estado de emergencia, también tiene derecho a recibir cuidados del plan.

Visite el sitio web: www.myuhc.com/CommunityPlan donde encontrará información sobre cómo obtener los cuidados que necesite durante un desastre.

Si durante un desastre no puede utilizar una farmacia de la red, por lo general, el plan le permite obtener cuidados de proveedores fuera de la red al costo compartido correspondiente a cuidados dentro de la red. Si no le es posible utilizar una farmacia de la red durante un desastre, tal vez pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para más información.

Sección 4 Facturación directa del costo total de los servicios cubiertos

Sección 4.1 Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más de la parte que le corresponde por los servicios cubiertos, o si ha recibido facturas por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 **Cómo solicitar el pago de la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos** para información sobre cómo proceder.

Sección 4.2 Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Esos servicios están indicados en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía) y se obtienen según las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubre este plan, ya sea porque no son servicios cubiertos, o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados. Sin embargo, antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para saber si el servicio tiene cobertura a través del programa Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre el pago de algún servicio o cuidado de la salud que está considerando, tiene derecho a preguntar si cubriremos dicho servicio antes de obtenerlo. También tiene derecho a solicitar información por escrito. Si no cubrimos los servicios, usted tiene derecho a apelar esta decisión.

El Capítulo 9 **Qué hacer si tiene problemas o quejas (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)** tiene más información sobre cómo proceder si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. Si lo prefiere también puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Si se trata de servicios con un límite de cobertura en los beneficios, usted pagará el costo total de cualquier servicio obtenido después de alcanzar el límite de la cobertura de esos servicios. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina al año y usted recibe este servicio, pero decide obtener otro examen físico de rutina durante el mismo año, usted pagará el costo total del segundo examen físico de rutina. Las cantidades que usted paga después de haber alcanzado el límite del beneficio no se contabilizan para el cálculo del máximo anual de gastos de su bolsillo.

(Consulte la información adicional sobre el máximo de gastos de su bolsillo de nuestro plan en el Capítulo 4.) Puede llamar al Servicio al Cliente cuando quiera saber cuánto ha usado hasta la fecha del límite de beneficio.

Sección 5 ¿Qué servicios médicos están cubiertos cuando participa en un ensayo clínico?

Sección 5.1 ¿Qué es un ensayo clínico?

Un ensayo clínico es un método utilizado por médicos y científicos para probar los resultados de cuidados de la salud nuevos, por ejemplo un medicamento nuevo para el cáncer. Para realizar estos ensayos se solicita la participación de voluntarios para probar los nuevos medicamentos o procedimientos de cuidados de la salud. El ensayo clínico es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si el nuevo método funciona y si es seguro.

No todos los ensayos clínicos están disponibles a miembros de nuestro plan. El ensayo clínico debe contar con la aprobación previa de Medicare. Si participa en un ensayo que Medicare **no** haya aprobado, **usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en él.**

Una vez que Medicare aprueba el ensayo clínico, un representante de este se pondrá en contacto con usted para darle los detalles necesarios y para determinar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos para el ensayo. Usted puede participar en el ensayo siempre y cuando cumpla los requisitos **y** haya entendido y aceptado cabalmente todo lo que implica su participación.

Si Medicare aprueba el ensayo clínico en el que usted participará, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del ensayo. Si participa en un ensayo clínico, usted seguirá inscrito en nuestro plan y continuará obteniendo el resto de sus cuidados (los que no están relacionados con el ensayo) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un ensayo clínico aprobado por Medicare, **no** es necesario obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que prestan sus servicios como parte del ensayo clínico no tienen que formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un ensayo clínico, **sí necesita notificarnos antes de que comience a participar en él.**

Si piensa participar en un ensayo clínico, le pedimos que se comunique con el Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) para notificarles que participará en un ensayo clínico y para obtener información más específica acerca de lo que pagará el plan.

Sección 5.2 Si participa en un ensayo clínico, ¿qué costos debe pagar usted o el plan?

Una vez que sea parte de un ensayo clínico aprobado por Medicare, tendrán cobertura los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre otros:

- Gastos de habitación y comida por una estadía en hospital que Medicare cubriría, aunque usted no fuera parte del estudio.
- Gastos de una operación o procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Gastos para el tratamiento de efectos secundarios y complicaciones como consecuencia del nuevo método de cuidados.

Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde de los costos de estos servicios, este plan pagará el resto. Al igual que todos los servicios cubiertos, usted no paga nada por los servicios cubiertos que recibe en el ensayo clínico.

Para que este plan pague el costo compartido que le corresponde, usted deberá presentar una solicitud de pago. Con esta solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de Medicare u otros documentos. En estos documentos deben constar los servicios recibidos como parte del estudio y la cantidad que usted adeuda. Consulte el Capítulo 7 para más información sobre cómo presentar una solicitud de pago.

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

- Por lo general, Medicare **no** cubrirá el artículo o servicio nuevo que el estudio está poniendo a prueba, a menos que Medicare cubriera ese artículo o servicio aunque usted no fuera parte de un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio proporciona gratuitamente a usted o a cualquier otro participante.
- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan directamente en sus cuidados de la salud. Por ejemplo, si su condición de salud solamente requiere una tomografía computarizada, Medicare no pagará el costo de las tomografías mensuales que forman parte del estudio.

¿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](https://www.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 Normas para obtener cuidados cubiertos en una institución religiosa no médica que ofrece 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 cuidados para una enfermedad que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si la obtención de cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va

en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, proporcionaremos cobertura para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Usted puede optar por obtener los cuidados de la salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio únicamente se proporciona a servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médicos provistos por instituciones de salud no médicas para servicios de salud.

Sección 6.2 Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud

Para obtener cuidados de una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal en el que declara que, en pleno uso de sus facultades mentales, se opone a un tratamiento médico no excluyente.

- El cuidado o tratamiento médico no excluyente es todo cuidado o tratamiento médico de carácter **voluntario** y **no obligatorio** en virtud de ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico excluyente es un tipo de cuidado o tratamiento médico recibido que **no** es voluntario ni tampoco **es obligatorio** conforme a 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 una cantidad determinada de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros afines, sillas de rueda, caminadores, sistemas de colchón motorizado, muletas, suministros para personas diabéticas, dispositivos para generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por el proveedor para su uso en el hogar. Ciertos aparatos, por

ejemplo, las prótesis, son siempre propiedad del miembro del plan. En esta Sección se explican otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilarse.

Con Medicare Original, los miembros que alquilan determinado tipo de equipo médico duradero pasan a ser los propietarios del equipo después de pagar los copagos por el producto durante un período de 13 meses. No obstante, como miembro de nuestro plan, por lo general usted no se convertirá en el dueño del equipo médico duradero alquilado, sin importar la cantidad de copagos que haga por el producto. En ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Para enterarse de los requisitos y la documentación que debe presentar, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

¿Qué sucede con los pagos que usted hizo por concepto del equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no era dueño del equipo médico duradero durante su membresía en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por el producto durante el tiempo que permanezca en Medicare Original. Así es como usted pasará a ser propietario del producto. Los pagos que haya hecho mientras era miembro de nuestro plan no se contabilizan a cuenta de estos 13 pagos consecutivos.

Si usted hizo menos de 13 pagos a cuenta del equipo médico duradero mientras estuvo en Medicare Original, antes de haberse inscrito en nuestro plan, estos pagos tampoco se contabilizan a cuenta de los 13 pagos consecutivos. A fin de ser el propietario del producto, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos una vez que regrese a Medicare. Al regresar a Medicare Original, esta regla no admite excepciones.

Sección 8 Reglas para Equipo de Oxígeno, Suministros y Mantenimiento

Sección 8.1 ¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a que tiene derecho?

Si usted califica para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, mientras está inscrito en el plan, 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 a su propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es \$0 de copago, cada vez que usted reciba equipo o suministros cubiertos.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses en nuestro plan.

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 \$0 de copago.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted deja su plan y regresa a Medicare Original?

Si usted regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses, el cual se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted pagó el alquiler del equipo de oxígeno por 36 meses antes de inscribirse en nuestro plan, se inscribe en nuestro plan por 12 meses, y luego regresa a Medicare Original, usted pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

De manera similar, si hizo pagos por 36 meses mientras estuvo inscrito en nuestro plan y luego regresa a Medicare Original, usted pagará el costo compartido completo por la cobertura de equipo de oxígeno.

Capítulo 4

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

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.....	2
	Sección 1.1 Gastos de su bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos.....	2
	Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	3
Sección 2	Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber los servicios que cubre el plan y lo que pagará usted.....	4
	Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan.....	4
Sección 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)?.....	90
	Sección 3.1 Servicios que no cubre UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP).....	90
Sección 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	90
	Sección 4.1 Servicios sin cobertura (exclusiones).....	90

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

Este capítulo explica sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que indica sus servicios cubiertos y cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP). 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.

- 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.)

Miembros clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) - usted no pagará ningún costo por los servicios cubiertos por Medicare, excepto los copagos por sus medicamentos con receta, si está inscrito en Medicare como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) y también en Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) . Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) paga sus coseguros, deducibles y copagos (excepto por los medicamentos con receta de la Parte D).

Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare y su tarjeta de ID de Medicaid estatal cuando reciba servicios para el cuidado de la salud. Estas tarjetas les ayudarán a sus proveedores de cuidado de la salud a coordinar el pago de los servicios.

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

- le piden que usted pague los servicios cubiertos,
- el proveedor le niega atención, o
- si tiene alguna pregunta

Si recibe un aviso de que su cobertura de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) ha vencido, llame a la oficina de Medicaid inmediatamente para volver a solicitar la asistencia. El número de teléfono de la Agencia de Medicaid se encuentra en el Capítulo 2 de esta guía. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en el Capítulo 2 de esta guía.

Período de Gracia

Miembros clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB) o que reciben beneficios completos de Medicaid - si usted deja de cumplir los requisitos de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), puede seguir

inscrito en este plan de Medicare hasta un máximo de 6 meses. Debe reinscribirse en Medicaid antes de que termine el período de 6 meses para poder mantener sus beneficios de Medicare con este plan. Durante el período de 6 meses, si usted visita a su proveedor, tendrá gastos de su bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá; y usted será responsable de esos costos hasta que vuelva a cumplir los requisitos de Medicaid. Los gastos de su bolsillo pueden incluir deducibles, copagos y coseguros del plan de Medicare, hasta alcanzar las cantidades indicadas por Medicare Original, que se pueden encontrar en [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov). Además, usted tendrá que pagar la prima del plan que previamente cubría Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid). Si recibe servicios durante este período, usted será responsable de hasta \$7,550 por los servicios cubiertos por Medicare que correspondan. Para obtener información adicional relacionada con los gastos de su bolsillo durante el período de gracia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Si no se reinscribe en Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) durante el período de 6 meses, se cancelará su inscripción en nuestro plan. Se le inscribirá en Medicare Original. Para reinscribirse en Medicaid, comuníquese con la oficina de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid).

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

Tenga en cuenta: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en lo que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). A este límite se le llama el máximo de gastos de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en el año 2022 es de \$0. Lo que usted paga como copagos y coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red se toma en cuenta para alcanzar este máximo de gastos de su bolsillo. (Lo que usted paga por la prima de su plan además de lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Además, lo que usted paga por ciertos servicios tampoco se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.) Si usted ya alcanzó el máximo de gastos de su bolsillo de \$0, ya no tendrá que pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la 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 Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) u otro tercero).

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 UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) y lo que paga usted de su bolsillo por cada servicio. 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) **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 recibe cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto. El Capítulo 3 contiene más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos solamente están cubiertos solamente 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.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre cuidado de la salud y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido de los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como el cuidado a largo plazo y los servicios a domicilio y en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual **Medicare y Usted 2022**. 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. 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.
- A veces, Medicare agrega cobertura a Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
 - Si usted se encuentra dentro del período de 6 meses de nuestro plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos del plan Medicare Advantage que correspondan. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el Plan Estatal de Medicaid, tampoco pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que sean responsabilidad del estado. Los costos compartidos de Medicare por beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.
 - Medicare aprobó a UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) para que proporcione estos beneficios y copagos o coseguros más bajos como parte del programa de Seguros Basados en Valores. Este programa le permite a Medicare poner en práctica maneras nuevas de mejorar los planes Medicare Advantage.
 - Información Importante sobre los Beneficios para Miembros que Participan en el programa de Servicios de Planificación de Cuidado de la Salud y Bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP)
 - Debido a que el plan UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) participa en el Beneficio de la tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC) + Alimentos Saludables/Beneficio de Transporte del Programa Diseño de Seguros Basados en Valores a Sitios No Relacionados con los Beneficios/Programa RX Cost-Share Buy Down, usted cumplirá los requisitos para los siguientes servicios de Planificación de Cuidado de la Salud y Bienestar, incluso los servicios de planificación del cuidado por anticipado (advance care planning, ACP):
 - ¿Qué son los servicios de planificación del cuidado por anticipado?
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.
 - Para obtener ayuda con la planificación del cuidado por anticipado, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
 - Información Importante sobre los Beneficios para Miembros que Califican para el Programa Ayuda Adicional:
 - Si usted recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como las primas, los deducibles y los coseguros,

es posible que cumpla los requisitos para otros beneficios complementarios específicos o una reducción en los costos compartidos.

- Para obtener más detalles, consulte la sección Beneficio de la Tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC) + Alimentos Saludables en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.
- Para obtener más detalles, consulte la sección Beneficio de Transporte del programa Diseño de Seguros Basados en Valores a Sitios No Relacionados con los Beneficios en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.
- Los miembros califican para la eliminación de su costo compartido para medicamentos de la Parte D. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5.

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


Medicamento 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 Medicamento 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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> 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.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para este examen de detección preventivo.</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Ocho sesiones adicionales estarán cubiertas para aquellos pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del Proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura según los requisitos estatales correspondientes.</p> <p>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 estatales correspondientes y cuentan con:</p>	<p>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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>



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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> El beneficio no tiene cobertura cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel 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.</p>	
<p>Servicios de Ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 en casos que no son de emergencia es apropiado si se documenta que la condición de la persona 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. 	<p>\$0 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.</i></p>




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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Examen médico de rutina anual</p> <p>Incluye un examen médico integral y una evaluación del estado de las 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.</p>	<p>\$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>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. Esto se cubre una vez cada 12 meses. 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.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual tiene que ser 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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> Medición de masa ósea</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de Detección de Cáncer de Seno (Mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios para la Rehabilitación Cardíaca</p> <p>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 intensivos para la rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un elevado riesgo de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses. • Tiene cobertura para pruebas de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de padecer de cáncer de la vagina o del cuello uterino o si está en edad de procrear y ha tenido una prueba de Papanicolaou 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 Papanicolaou. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos que están cubiertos por Medicare.</p>



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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Servicios Quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare. 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios Quiroprácticos de Rutina Este beneficio cubre 12 visitas de quiropráctica de rutina cada año.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen visitas de rutina para el alivio del dolor y de trastornos neuromusculares.</p> <p>Los servicios cubiertos no incluyen tratamientos de quiropráctica de ninguna condición que no esté relacionada con el alivio del dolor.</p> <p>Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proporcionado por: OptumHealth Care Solutions, LLC (Optum) \$0 de copago</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Los servicios siguientes tienen cobertura para personas de 50 años y mayores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario, como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Análisis de sangre oculta en la materia fecal por el método Guaiac (gFOBT)• Análisis inmunoquímico de materia fecal (FIT) <p>Examen de detección de cáncer colorrectal mediante ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia (o enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no están en alto riesgo de tener cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no durante el lapso de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección <p>Colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de detección de cáncer colorrectal y una colonoscopia con cobertura de Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Beneficios Dentales de Rutina</p> <p>Puede obtener más información sobre este beneficio consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>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.*</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p> Evaluación de Depresión</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para evaluación de depresión.</p>
<p> Pruebas de Detección de la Diabetes</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p> Capacitación para el Automanejo de la Diabetes, Servicios y Suministros para la Diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (independientemente de que usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) 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 UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) y usa una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa que no está en nuestra lista, comuníquese con nosotros en un plazo no mayor de los primeros 90 días de su membresía 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 adecuadas 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 UnitedHealthcare Dual</p>	<p>\$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>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.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus, y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) 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.</p> <p>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 información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. Limitada a 20 visitas de 30 minutos por año, lo que equivale a un máximo de 	<p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>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.</p> <p>\$0 de copago por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>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.</p>	
<p>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de esta guía).</p> <p>Entre los artículos cubiertos se incluye: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo equipo médico duradero 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: www.myuhc.com/CommunityPlan.</p>	<p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Cuidado de Emergencia</p> <p>El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y</p>	<p>\$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>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</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, 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.</p> <p>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.</p> <p>Cobertura mundial de servicios prestados en departamentos de emergencias fuera de los Estados Unidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. <input type="checkbox"/> Los procedimientos preprogramados o los tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. <input type="checkbox"/> Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. 	<p>Pacientes Hospitalizados” de esta Tabla de Beneficios.</p> <p>\$0 de copago por la cobertura mundial de servicios para emergencias fuera de los Estados Unidos. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios mundiales.</p> <p>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 cambiarse a un hospital dentro de la red para que su cuidado siga teniendo cobertura. De otra manera su cuidado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red debe ser autorizado por el plan y su costo es el costo compartido</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	que usted pagaría en un hospital dentro de la red.
<p> Programa de Acondicionamiento físico</p> <p>Este beneficio le ofrece acceso al programa Renew Active®, el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente de Medicare.</p> <p>El programa Renew Active incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de nuestra extensa red nacional de centros de acondicionamiento físico. <input type="checkbox"/> Un plan de acondicionamiento físico personalizado además de acceso a clases en grupo. Si usted prefiere hacer ejercicios en su domicilio, puede acceder a Fitbit Premium™, que incluye miles de videos de ejercicios. <input type="checkbox"/> Un programa para la agudeza mental por Internet proporcionado por AARP® Staying Sharp, que incluye contenido exclusivo para los miembros del programa Renew Active. <input type="checkbox"/> Manténgase socialmente activo participando en clases y eventos locales de salud y bienestar, así como a través de la Fitbit® Community en Internet para Renew Active. No es necesario tener un dispositivo Fitbit. <p>Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proporcionado por: programa Renew Active®</p> <p>\$0 de copago</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>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.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios para la Audición - Examen de Audición de Rutina Este beneficio cubre 1 examen cada año.</p>	<p>Proporcionado por: Proveedores de la red del plan en su área de servicio. \$0 de copago</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Servicios para la Audición - Aparatos Auditivos:</p> <p>Puede usar la asignación para aparatos auditivos en una amplia selección de aparatos auditivos de marca, o la marca de UnitedHealthcare Hearing Relate™, con programación personalizada a su pérdida de audición, en el nivel de asignación indicado. 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 a través de Right2You (modelos selectos).</p> <p>Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada año. Los accesorios para aparatos auditivos y servicios opcionales están disponibles a la venta para los miembros, pero no están cubiertos por el plan.</p> <p>Para acceder al beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red, debe comunicarse con UnitedHealthcare Hearing al 1-877-704-3384, TTY 711, o visite UHChearing.com/SNP. Los aparatos auditivos que se compren fuera de la red de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura.</p>	<p>Proporcionado por: UnitedHealthcare Hearing</p> <p>La asignación para aparatos auditivos es de \$3,600</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual a través de Right2You (modelos selectos).</p> <p>Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing.</p>
<p> Prueba de Detección del VIH</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses <p>Si se trata de mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo 	
<p>Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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 	<p>\$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.</p> <p>Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados para saber los copagos o coseguros correspondientes).</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Terapia de Infusión a Domicilio</p> <p>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,</p>	<p>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</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según el plan de cuidado <input type="checkbox"/> La capacitación y educación del paciente que, de otra manera, no están cubiertos mediante el beneficio de equipo médico duradero <input type="checkbox"/> Monitoreo remoto <input type="checkbox"/> 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 	<p>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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>Consulte "Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare" más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Cuidados Paliativos</p> <p>Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. 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. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio <p>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 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, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que le corresponde pagar a Medicare Original.</p> <p>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</p>	<p>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 UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>depende de si usted usa o no un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si los servicios cubiertos le son prestados por un proveedor de la red, usted solo paga el costo compartido del plan para servicios dentro de la red • Si los servicios cubiertos le son prestados por un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido correspondiente a Medicare de Tarifa por Servicio (Medicare Original) <p><u>Si se trata de servicios cubiertos por UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) 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.</u></p> <p><u>Si se trata de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u></p> <p>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?).</p> <p>Tenga en cuenta: 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.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos (una vez solamente) para una persona que tiene</p>	

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Entre los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido correspondiente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, las vacunas antigripales, contra la hepatitis B o contra la COVID-19.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados</p> <p>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</p>	<p>\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido.</p> <p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>indicación del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • 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, célula 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 ‘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 UnitedHealthcare Dual Complete® 	<p>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 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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>Si usted obtiene autorización para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su condición, su costo es el costo</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Plan 2 (HMO D-SNP) al 1-844-368-7149 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 UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los 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.</p>	<p>compartido que usted pagaría en un hospital de la red.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Servicios de un médico <p>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 usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-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 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>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.</p>
<p>Cuidado de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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 	<p>\$0 de copago, por hasta 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>la salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>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 anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un período de beneficios.</p>
<p>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</p> <p>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 mientras está en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico 	<p>Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:</p> <p>Consulte, más abajo, Servicios de un médico/profesional,</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con radiografías, radio e isótopos, incluso materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones • Aparatos de prótesis y ortesis (que no sean dentales) que reemplazan, 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) 	<p>incluidas las visitas al consultorio médico.</p> <p>Consulte más abajo, Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte más abajo, Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte más abajo, Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte más abajo, Suministros para prótesis y suministros relacionados.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional 	<p>Consulte más abajo, Suministros para prótesis y suministros relacionados</p> <p>Consulte más abajo, Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Beneficio de Comidas</p> <p>Este beneficio se puede usar 1 vez por cada año calendario, inmediatamente después de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada, si así lo recomienda un proveedor.</p> <p>Pautas de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cobertura es por hasta 42 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 limitaciones y restricciones 	<p>Proporcionado por: Mom's Meals®</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Se requiere preautorización.</p>
<p> Terapia de nutrición clínica</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare 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 orden de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y debe renovar la orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	
<p> Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios del programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) estarán cubiertos en todos los planes de cuidado de salud de Medicare para los beneficiarios de Medicare que cumplan los requisitos.</p> <p>El MDPP es un programa estructurado para modificar comportamientos relacionados con la salud. Ofrece capacitación práctica para modificar hábitos alimenticios a largo plazo, aumentar el nivel de actividad física y adoptar estrategias para resolver problemas y superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el programa MDPP.</p>
<p>Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra, sino que se inyectan o se administran mediante infusión cuando recibe servicios de un 	<p>\$0 de copago por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. 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</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 <p><input type="checkbox"/> Medicamentos para quimioterapia y su administración</p> <p>El siguiente enlace le llevará a una Lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia</p>	<p>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 recibió la administración del medicamento o los servicios de infusión.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y por la</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Escalonada: https://www.medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-therapy.html</p> <p>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.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>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.</p>	<p>administración de ese medicamento.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>NurseLine</p> <p>Los servicios de NurseLine están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Hable con una enfermera titulada (RN) sobre sus problemas y preguntas con respecto a su salud.</p>	<p>Proporcionado por: NurseLine \$0 de copago</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan, o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo 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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación diagnóstica preventiva de la obesidad y la terapia.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Suministro y administración de los medicamentos mediante el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) <input type="checkbox"/> Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Terapia individual y de grupo <input type="checkbox"/> Pruebas de toxicología <input type="checkbox"/> Actividades de admisión <input type="checkbox"/> Evaluaciones periódicas 	<p>\$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías 	<p>\$0 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia (con radioisótopos), incluso materiales y suministros del técnico 	<p>\$0 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros suministros utilizados para tratar fracturas y dislocaciones <p>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.</p>	<p>\$0 de copago por cada suministro médico cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio • 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>\$0 de copago por pruebas y los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de diagnóstico no radiológicos	<p>\$0 de copago por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías.	<p>\$0 de copago por los servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías, realizados en un consultorio médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica).</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>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 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</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	estudios con disolución de bario).

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios</p> <p>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 proporcionados por órdenes de un médico o de otro profesional autorizado que posea la licencia requerida por las leyes del estado y cumpla con los estatutos administrativos del hospital para admitir pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>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 los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es probable que se le considere “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 usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-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.</p>	<p>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.</p>
<p>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</p>	

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • 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 • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, por ejemplo férulas y yesos 	<p>Consulte Cuidado de Emergencia.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos • Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que usted no puede administrarse a sí mismo • Servicios realizados en una clínica para pacientes ambulatorios • Cirugía para pacientes ambulatorios o la estadía como paciente en observación • Terapia de infusión para pacientes ambulatorios <p>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</p>	<p>suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una "manzana".</p> <p>Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Consulte Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.</p> <p>Consulte Cirugía ambulatoria y otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>administración de medicamentos para terapia de infusión, usted pagará el costo compartido correspondiente de los servicios del proveedor de cuidado primario/especialista, o de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Este costo depende de dónde se le administre el medicamento o reciba los servicios de infusión. Se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o en “Cirugía para pacientes ambulatorios y en otros servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” en esta tabla de beneficios.</p> <p>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.</p> <p>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 hoja de datos está disponible en el sitio web es.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-S-Are-You-an-Inpatient-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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>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 estatales vigentes.</p>	<p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluye: fisioterapia, terapia ocupacional, y de 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 de pacientes ambulatorios en un hospital, consultorios de terapeutas independientes, consultorios médicos, y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias Tratamiento y asesoramiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>	<p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
	<p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria</p> <p>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 “observación ambulatoria”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo a su médico o al personal del hospital.</p> <p>Si recibe algún servicio o artículo que no sea una cirugía, es posible que exista un costo compartido adicional por dichos servicios o artículos, entre los que se incluyen pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, dispositivos ortóticos, suministros o medicamento 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.</p>	<p>\$0 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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 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.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Consulte “Examen de Detección de Cáncer Colorrectal” anteriormente en esta tabla para obtener información sobre los beneficios del examen y la colonoscopia de diagnóstico.</p>	<p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>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.</p> <p>\$0 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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC) + Alimentos Saludables</p>	<p>Proporcionado por: Solutran El crédito mensual es de \$165</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Con este beneficio, usted recibirá una sola tarjeta prepagada al comienzo del año del plan, para obtener productos de venta sin receta y para la compra de alimentos saludables, sin costo adicional. La tarjeta prepagada se puede usar en miles de tiendas minoristas participantes. La tarjeta prepagada está cargada con créditos cada mes para la compra de alimentos aprobados, lo que incluye frutas y verduras, productos lácteos, frijoles, pan, pescados, aves y más. Los créditos no pueden usarse para la compra de tabaco o alcohol. Los productos para el cuidado de la salud aprobados incluyen vitaminas y suplementos, analgésicos, medicinas para el estómago y más. Se requiere un mínimo de \$35 por pedido para la entrega a domicilio sin costo adicional. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes. Para recibir un catálogo impreso, llame al número que aparece en la Hoja de Información sobre Proveedores.</p> <p>Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	
<p>Servicios para Hospitalización Parcial</p> <p>“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.</p>	<p>\$0 de copago cada día por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Sistema Personal de Respuesta Ante Emergencias</p> <p>Con un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS), puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. El Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias es un dispositivo de monitoreo que puede darle la confianza de saber que tiene acceso rápido a la ayuda que necesite las 24 horas del día en cualquier situación. El dispositivo es un botón liviano y discreto que se puede llevar en la muñeca o como un colgante (disponible en opciones móviles y con la detección automática de caídas). El dispositivo es seguro para usar en la ducha o el baño. Para aprovechar este beneficio, usted debe tener un número de teléfono que funcione, una línea de teléfono fija o cobertura celular. El dispositivo celular de Philips Lifeline funciona en todo el país con la red inalámbrica de AT&T y usted no necesita tener cobertura de AT&T.</p> <p>Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan, o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proporcionado por: Philips Lifeline</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un consultorio médico. 	<p>\$0 de copago por los servicios recibidos de un proveedor de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista. 	<p>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 permitan las reglas de Medicare).</p> <p>Consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” en esta tabla para ver los copagos o coseguros aplicables por las visitas en un centro de cirugía ambulatoria o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$0 de copago 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 otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permitan las reglas de Medicare).</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico. • 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 Monitoreo Remoto Cubiertos por Medicare • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. 	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de video o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. • Obtención de una segunda opinión de otro proveedor que es parte de la red antes de una cirugía. • 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 	<p>Usted pagara el costo compartido de los servicios del especialista (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” que se encuentra más arriba).</p> <p>Usted paga estas cantidades hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>que estarían cubiertos si los prestara un médico). Los servicios dentales 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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’). • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son prestados por un médico en su domicilio. 	<p>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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario o a los servicios de un médico</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p><input type="checkbox"/> Servicios adicionales de telesalud, incluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios cubiertos que se incluyen en las visitas virtuales médicas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Servicios para la Rehabilitación Cardíaca <input type="checkbox"/> Servicios para la Rehabilitación Cardíaca Intensiva <input type="checkbox"/> Servicios Requeridos de Urgencia <input type="checkbox"/> Proveedor de Cuidado Primario <input type="checkbox"/> Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios - Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Otros Profesionales de Cuidado de la Salud <input type="checkbox"/> Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios - Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje ○ Las visitas de telesalud o las visitas virtuales médicas son visitas médicas que no ocurren en un centro médico sino a través de proveedores de la red 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 	<p>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.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las visitas virtuales de salud mental son visitas de salud mental que se realizan fuera de un centro médico con proveedores de servicios virtuales que usan tecnología de Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Para obtener más información y para programar una cita virtual, visite el sitio virtualvisitsmentalhealth.uhc.com. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales para la salud mental <input type="checkbox"/> No es posible tratar todas las condiciones mediante visitas virtuales. El proveedor de servicio virtual con quien tenga la visita virtual decidirá si usted tiene que ver a un proveedor en persona para recibir tratamiento. <input type="checkbox"/> 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 sea parte de la red y que actualmente ofrezca dicho servicio. 	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios para Podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedos en martillo o espolones calcáneos). 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio.</p> <p>Si se trata de servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, por ejemplo una</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan sus extremidades inferiores. 	cirugía; consulte la sección Cirugía Ambulatoria y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i>
<p>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.</p>	\$0 de copago por cada visita de rutina, hasta 4 visitas cada año.
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años; entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	No hay coseguro, copago ni deducible por cada examen rectal 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.


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Prótesis y Suministros Relacionados</p> <p>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 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.</p>	<p>\$0 de copago por cada prótesis u ortesis cubierta por Medicare, incluso el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, y suministros relacionados.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios para la Rehabilitación Pulmonar</p> <p>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 orden 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, una vez en la vida (en algunos casos hasta 72 sesiones una vez en la vida).</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p> Evaluación y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare para la evaluación y</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol por año para las personas adultas que tienen Medicare (incluso mujeres embarazadas) que, aunque enfrentan problemas de uso indebido de alcohol, no dependen del alcohol.</p> <p>Si su evaluación de uso indebido de alcohol resulta positiva, puede recibir hasta cuatro breves sesiones personales de asesoramiento por año (si se encuentra apto y alerta durante las sesiones) que son proporcionadas por un médico de cuidado primario o un profesional calificado y son realizadas en un centro de cuidado primario.</p>	<p>asesoramiento a fin de reducir el uso indebido del alcohol.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>A las personas que califican se les cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros que cumplen los requisitos son: personas que tienen entre 55 y 77 años de edad, que no muestran señales ni síntomas de cáncer de pulmón pero que han fumado tabaco por un mínimo de 30 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.</p> <p>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT).</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>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 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.</p>	
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las ordena, estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para personas que tienen un alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos, cada año, hasta dos sesiones personales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son prestadas por un proveedor de cuidado primario y se llevan a cabo en</p>	<p>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.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	
<p>Servicios para Tratar Enfermedades Renales Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 con 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. • 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) • 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) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado para recibir cuidados especiales) 	<p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Equipos y suministros para realizar la diálisis en su domicilio • 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 ayudarlo en casos de emergencia, y para revisar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua) <p>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”.</p>	<p>Consulte Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.</p> <p>Consulte Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.</p> <p>Consulte la sección Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.</p>
<p>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)</p> <p>(Para una definición de “cuidado en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de esta guía. A los centros de enfermería especializada también se les llama “SNF” [skilled nursing facility].)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales 	<p>\$0 de copago cada día, por los días 1 a 20, por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago cada día, por los días 21 a 100, por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 <p>No se requiere una estadía previa en el hospital de 3 días.</p> <p>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 recibir su cuidado en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta lo que paga nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>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.</p> <p>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 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.</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>y cuando proporcione el cuidado en un centro de enfermería especializada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería especializada donde su cónyuge está viviendo en el momento en que usted sale del hospital. 	
<p> Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco)</p> <p>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 de persona a persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el tratamiento del tabaquismo.</p>
<p>Terapia de Ejercicios Supervisada (SET)</p> <p>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.</p> <p>Si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicios Supervisada, tienen cobertura hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas.</p> <p>El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico <input type="checkbox"/> Ser prestado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan los riesgos y 	<p>\$0 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>que esté capacitado en terapia de ejercicios para arteriopatía periférica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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 <p>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.</p>	
<p>Transporte de Rutina</p> <p>Detalles de este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hasta 48 viajes en una sola dirección tienen cobertura cada año (limitado únicamente a transporte terrestre). <input type="checkbox"/> Usted es responsable de cualquier costo que se pase del límite de viajes. <input type="checkbox"/> Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, consultorios de proveedores, centros médicos y farmacias que sean parte de la red, citas para la vista y la audición, gimnasios, supermercados, centros comunitarios o centros religiosos. <input type="checkbox"/> Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 50 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. 	<p>Proporcionado por: ModivCare® \$0 de copago</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los servicios de transporte se deben solicitar 3 días hábiles antes de una cita programada de rutina. <input type="checkbox"/> Se permite hasta un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener por lo menos 18 años de edad). <input type="checkbox"/> Servicio de transporte de acera a acera. <input type="checkbox"/> Camionetas con acceso para sillas de ruedas están disponibles, si se solicita. <input type="checkbox"/> Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. <p>Este beneficio no cubre el transporte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Camilla <input type="checkbox"/> Ambulancia <p>Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	
<p>Servicios Requeridos de Urgencia</p> <p>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. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están a su disposición ni accesibles temporalmente. Los servicios cubiertos incluyen los servicios requeridos de urgencia</p>	<p>\$0 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.</p>


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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>recibidos en una clínica sin previa cita o en un centro de cuidado de urgencia.</p> <p>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 hasta el regreso al área de servicio de nuestro plan. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.</p>	
<p> Servicios para la Vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Para las personas que tienen diabetes o presentan síntomas o señales de enfermedad de la vista, los exámenes de la vista para evaluar si existen 	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los exámenes de la vista cubiertos por</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>enfermedades de la vista 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que tienen diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • 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 por Medicare; las versiones mejoradas no están cubiertas (incluso, entre otros, marcos de lujo, lentes de colores, lentes progresivos o el recubrimiento antirreflejante). 	<p>Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p>
<p>Servicios para la Vista - Examen de la Vista de Rutina 1 examen de la vista de rutina (refracción ocular) cada año</p>	<p>Proporcionado por: MARCH® Vision Care \$0 de copago</p>
<p>Servicios para la Vista - Artículos para la Vista de Rutina</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Par de lentes/marcos y lentes de contacto cada año <p>Usted es responsable de cualquier cantidad que sobrepase el crédito del plan para artículos para la vista.</p>	<p>Proporcionado por: MARCH® Vision Care \$0 de copago; reciba un crédito total de \$400 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto</p>

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 para los que tiene cobertura	Lo que debe pagar al momento de recibir estos servicios
<p>Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en www.myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	
<p> Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” que sucede solo una 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 otros cuidados, si acaso los 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.</p> <p>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”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, 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.</p>

* Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar 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.

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos:

- Por regla general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos o de rutina. Su Beneficio Dental Complementario 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 cobertura dental dentro de la red.
- Para recibir ayuda para buscar un proveedor, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en www.myuhc.com/CommunityPlan. Si lo prefiere, puede llamar al 1-844-368-7149 para que le ayuden a buscar un proveedor o programar una cita dental.
- Si tiene alguna otra pregunta o desea más información, llame al 1-844-368-7149, TTY 711, o visite www.myuhc.com/CommunityPlan

Máximo Anual: \$4,000

- Una vez que se haya alcanzado el máximo anual, usted será responsable de todos los cargos restantes.
- A los proveedores se les paga según las tarifas contractuales por todos los servicios que tienen cobertura. Usted será responsable de todos los costos relacionados con servicios que no tienen cobertura.
- 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. Puede obtener detalles específicos de la cobertura del plan relacionados con su plan de tratamiento propuesto si solicita al 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

Códigos de la American Dental Association (ADA): Los procedimientos dentales cubiertos se indican con estos códigos, que usan los dentistas para	Descripción del Procedimiento Dental: Descripción fácil de interpretar del código de procedimiento dental	Frecuencia: Con qué frecuencia UnitedHealthcare pagará el procedimiento dental	Criterios y Exclusiones: Condiciones según las cuales UnitedHealthcare pagará este procedimiento y situaciones en las que UnitedHealthcare	Copago

presentar reclamos dentales. Las categorías ofrecen una referencia fácil.			NO pagará el procedimiento	
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 aparte de los exámenes periódicos, limitados o integrales. Se cubre solamente un código de examen por cada cita.	\$0
D0140	Examen limitado para evaluar un problema	Un procedimiento por cada año del plan		\$0
D0150	Examen integral (para paciente nuevo, o paciente establecido, después de 3 años o más sin que haya habido un tratamiento dental)	Un procedimiento cada tres años del plan		\$0
D0160	Examen detallado y extenso, enfocado en el problema	Un procedimiento por cada año del plan		\$0
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 intrabucal. No cubre tomografías	\$0

			computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI).	
D0220, D0230	Radiografías para una evaluación más detallada de la zona que rodea la raíz de los dientes	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre las radiografías periapicales. No cubre tomografías computarizadas (CT), cefalogramas ni imágenes por resonancia magnética (MRI). No tienen cobertura el mismo día en que se realice una serie completa de radiografías intrabucales (D0210).	\$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

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				
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	Cubre el asesoramiento sobre hábitos	\$0

		por cada año del plan	alimenticios como parte del tratamiento y control de la enfermedad de encías o caries.	
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
Empastes Dentales				
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394, D2940	Empastes metálicos o del color del diente colocados directamente en la boca, en dientes frontales o caninos o en las muelas	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre los empastes de amalgama o de compuesto de resina. No cubre los empastes de lámina de oro, selladores ni restauraciones preventivas con resina.	\$0
D3110, D3120	Medicamento colocado debajo de los empastes para estimular la cicatrización pulpar	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre el recubrimiento pulpar para una pulpa expuesta o casi expuesta. No cubre bases y rellenos cuando se han eliminado todas las caries.	\$0
Coronas, Incrustaciones Tipo Inlay y Tipo Onlay				

D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794	Recubrimiento (corona) o corona parcial (llamada incrustación tipo inlay o tipo onlay) - hecha de metal, porcelana/ cerámica, porcelana fusionada a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca en la boca	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Con cobertura cuando hay caries extensa o destrucción del diente y el diente no puede arreglarse con solo un empaste. No cubre coronas por razones estéticas o para cerrar huecos. Las carillas dentales no están cubiertas. Las coronas de implante no están cubiertas. No cubre coronas "3/4".	\$0
Otros Servicios Restaurativos				
D2920	Fijación de una corona que se cayó	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura solo para un diente con una corona existente. Sin cobertura para la fijación de una corona nueva el día de la colocación.	\$0
D2949	Pequeño empaste que se necesita antes de cementar una corona al diente	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Tiene que realizarse en asociación con una corona.	\$0
D2950	Empaste o espigas que se	Un procedimiento		\$0

	colocan cuando se prepara un diente para una corona	por diente cada cinco años del plan		
D2952, D2953, D2954, D2957	Reconstrucción de un empaste alrededor de un poste para preparar el diente para una corona	Un D2952 y D2953, o un D2954 y D2957 por diente cada cinco años del plan	Tiene que realizarse en asociación con una corona. El diente también tiene que haber tenido tratamiento de conducto radicular. Cubre tanto pernos y muñones fabricados indirectamente como prefabricados.	\$0
Conducto Radicular (Servicios de Endodoncia)				
D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348	Tratamiento de conducto radicular para dientes frontales, caninos o muelas (excluye el empaste o la corona que se necesita después del tratamiento de conducto radicular)	Un procedimiento de conducto radicular inicial (D3310, D3320 o D3330) y un procedimiento de repetición de tratamiento (D3346, D3347 o D3348) por diente una vez en la vida del miembro	Se trata de un procedimiento de conducto radicular realizado en un diente por primera vez o como repetición de tratamiento de un diente en el que se realizó un procedimiento de conducto radicular previo. No incluye el tratamiento de	\$0

			conducto radicular realizado desde la punta de la raíz con acceso a través de las encías, el tratamiento de conducto radicular incompleto ni la reparación de la raíz interna por defectos de perforación.	
Raspado y Alisado Radicular				
D4341	Limpieza profunda de 4 o más dientes en un cuadrante de la boca	Un procedimiento por cada cuadrante cada dos años del plan, sin exceder cuatro cuadrantes diferentes cada dos años del plan	Con cobertura cuando aparece pérdida ósea en las radiografías y además se registra acumulación de sarro y bolsas en las encías que son suficientes para justificar una limpieza profunda.	\$0
D4342	Limpieza profunda de 1-3 dientes en un cuadrante de la boca	Un procedimiento por cada cuadrante cada dos años del plan, sin exceder cuatro cuadrantes diferentes cada dos años del plan		\$0

D4355	Limpieza de acumulación de placa y sarro en los dientes para permitir la visibilidad adecuada de los dientes antes de un examen	Un procedimiento cada tres años del plan	Se usa cuando se debe eliminar una acumulación extensa de placa y sarro a fin de realizar un examen. No puede realizarse el mismo día que una limpieza dental (D1110 o D4910).	\$0
D4381	Medicamento aplicado en la zona de las encías que rodea un diente (por cada diente) para controlar la enfermedad de las encías	Un número ilimitado por cada año del plan	No se puede usar el mismo día que un raspado y alisado radicular (D4341 o D4342).	\$0
Dentaduras Postizas Completas				
D5110	Dentadura postiza superior completa	Un procedimiento cada cinco años del plan	La dentadura postiza tiene cobertura cuando no quedan dientes brotados en la boca.	\$0
D5120	Dentadura postiza inferior completa	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0
D5130	Dentadura postiza superior completa que se coloca en el momento de la extracción de los dientes	Un procedimiento una vez en la vida del miembro		\$0

	superiores remanentes			
D5140	Dentadura postiza inferior completa que se coloca en el momento de la extracción de los dientes inferiores remanentes	Un procedimiento una vez en la vida del miembro		\$0
Dentaduras Postizas Parciales (Extraíbles)				
D5211	Dentadura postiza parcial superior - base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan	La dentadura postiza parcial tiene cobertura cuando los dientes remanentes/de sostén no tienen caries y tienen un hueso adecuado para sostener la dentadura postiza parcial. Incluye materiales de retención/ ganchos, apoyos y dientes.	\$0
D5212	Dentadura postiza parcial inferior - base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0
D5213	Dentadura postiza parcial superior - estructura de metal fundido con base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0
D5214	Dentadura postiza parcial inferior - estructura de metal fundido con base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0
D5221	Dentadura postiza parcial superior colocada en el momento de las	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0

	extracciones - base de resina			
D5222	Dentadura postiza parcial inferior colocada en el momento de las extracciones - base de resina	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0
D5225	Dentadura postiza parcial superior - base flexible	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0
D5226	Dentadura postiza parcial inferior - base flexible	Un procedimiento cada cinco años del plan		\$0
Ajustes y Reparaciones de Dentaduras Postizas Completas				
D5410, D5411, D5850, D5851	Ajustes de dentaduras postizas o acondicionamiento del tejido para dentadura postiza completa superior o inferior	Dos procedimientos de cada tipo por cada dentadura postiza por cada año del plan	Cubre ajustes, rebases, reparaciones, acondicionamiento del tejido y reemplazo de dientes rotos o faltantes en las dentaduras postizas completas. No se puede facturar en un plazo menor de 6 meses después de la colocación de la dentadura postiza nueva.	\$0
D5511, D5512, D5520, D5730, D5731, D5750, D5751	Reparaciones y rebases de dentaduras postizas completas superiores o inferiores rotas	Un procedimiento de cada tipo por cada dentadura postiza por cada año del plan		\$0
Ajustes y Reparaciones de Dentaduras Postizas Parciales				

D5421, D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial superior o inferior	Dos procedimientos por cada dentadura postiza por cada año del plan	Cubre los ajustes y rebases de la dentadura postiza parcial. Cubre las reparaciones en la estructura de la dentadura postiza parcial, la reparación o el reemplazo de dientes faltantes o rotos en la dentadura postiza parcial, y la adición de ganchos o dientes a una dentadura postiza parcial existente. No se puede facturar en un plazo menor de 6 meses después de la colocación de la dentadura postiza parcial nueva.	\$0
D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5740, D5741, D5760, D5761	Reparación o rebase de dentadura postiza parcial superior o inferior	Un procedimiento de cada tipo por cada dentadura postiza parcial por cada año del plan		\$0
Puentes				
D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	Parte del puente que es el diente falso que reemplaza al diente faltante (el pónico)	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Solamente puede usarse para reemplazar un diente faltante. Cubre puentes hechos de porcelana/cerámica;	\$0

			porcelana fusionada a metal altamente noble, predominantemente común o noble; completo de metal altamente noble, predominantemente común o noble fundido; y titanio. No cubre ninguna parte de un puente apoyado en un implante.	
D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794	Coronas que son colocadas en los dientes que sirven de apoyo al puente (coronas del retenedor)	Un procedimiento por diente cada cinco años del plan	Solo cubre coronas que son parte de un puente. No cubre ninguna parte de un puente apoyado en un implante.	\$0
D6930	Fijación de un puente que se cayó	Un número ilimitado por cada año del plan	No cubre la fijación de un puente en el día de la colocación del puente inicial.	\$0
Extracciones y Procedimientos de Cirugía Bucal				
D7111, D7140, D7210, D7250	Extracciones	Un procedimiento por diente una vez en la vida del miembro	Cubre la extracción de dientes permanentes brotados, raíces dentales expuestas y	\$0

			restos de dientes primarios. Cubre la extracción quirúrgica de dientes brotados o raíces dentales expuestas. No cubre la extracción de dientes impactados (no brotados).	
D7310, D7311, D7320, D7321	Reformación del hueso que rodea los dientes o los espacios entre dientes	Un procedimiento por cuadrante por cada año del plan, hasta cuatro procedimientos en cuadrantes diferentes por cada año del plan	Cubre la alveoloplastia, bien sea en conjunto con, o independiente de, las extracciones.	\$0
D7510, D7511	Drenaje quirúrgico de un absceso	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la incisión y el drenaje de un absceso a través del tejido blando de la boca (intrabucal). No cubre la incisión y el drenaje a través de la piel fuera de la boca (extrabucal).	\$0
Tratamiento de Emergencia del Dolor y de Otro Tipo				
D9110	Procedimiento menor para el	Un número ilimitado por	Con cobertura solamente para	\$0

	tratamiento de emergencia del dolor dental	cada año del plan	una visita de urgencia o de emergencia.	
D9910	Aplicación de un agente insensibilizador a un diente o varios dientes	Un número ilimitado por cada año del plan	Con cobertura una vez por cada visita. No cubre bases, rellenos ni adhesivos que se aplican debajo de las restauraciones.	\$0
Óxido Nitroso y Sedación				
D9219	Evaluación para sedación o anestesia general	Un número ilimitado por cada año del plan	Cubre la administración, la evaluación y el monitoreo de	\$0
D9222, D9223	Sedación profunda/ anestesia general	Un número ilimitado por cada año del plan	sedación/ analgesia intravenosa moderada	\$0
D9230	Óxido nitroso	Un número ilimitado por cada año del plan	(consciente), sedación profunda/ anestesia	\$0
D9239, D9243	Sedación intravenosa	Un número ilimitado por cada año del plan	general, y analgésicos/ óxido nitroso - ansiólisis. Los medicamentos usados para estos procedimientos se consideran incluidos en el código del procedimiento y no pueden	\$0

			facturarse por separado.	
Férulas				
D7880	Férula usada para tratar la articulación temporomandibular (TMJ)	Un procedimiento cada tres años del plan	Cubre los dispositivos ortóticos oclusales proporcionados para el tratamiento de la disfunción temporomandibular.	\$0
D9943	Ajuste de la guarda oclusal	Dos procedimientos por cada año del plan	Sin cobertura en un plazo menor de 6 meses después de la colocación de la guarda oclusal.	\$0
D9944	Guarda oclusal rígida de arco completo, superior o inferior	Un procedimiento cada tres años del plan	Con cobertura solamente si está asociada, de manera documentada, con rechinar o desgaste de los dientes. No cubre ningún tipo de aparato para apnea del sueño, ronquidos ni disfunción temporomandibular.	\$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.
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.

Sección 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios que no cubre UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)

Beneficios que tienen cobertura fuera de UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)

Si se trata de servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) pero que están disponibles a través de Medicaid, recomendamos que consulte su Guía para Miembros de Medicaid.

Sección 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios sin cobertura (exclusiones)

Esta Sección describe los servicios excluidos o sin cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por el plan. Si un servicio está “excluido”, significa que el plan no cubre el servicio.

La tabla siguiente describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna condición o que Medicare cubre solamente bajo condiciones específicas.

No pagaremos ninguno de los servicios médicos excluidos que se indican en la tabla siguiente, excepto bajo las condiciones específicas ahí indicadas. Existe una sola excepción: si después de una apelación se determina que el beneficio excluido es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de esta guía).

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

Aún si usted recibe los servicios en un centro de cuidado de emergencia, de cualquier manera los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará su costo.

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
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son todos aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>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.)</p>
<p>Habitación privada en un hospital.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Con cobertura solamente cuando es médicamente necesario.</p>
<p>Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.</p>	<p>✓</p>	
<p>Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio.</p>	<p>✓</p>	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
<p>El cuidado de custodia es el cuidado proporcionado en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados paliativos o en otros centros cuando usted no requiere cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. 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.</p>	✓	
<p>Los servicios domésticos incluyen la ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas.</p>	✓	
<p>Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar por su cuidado.</p>	✓	
<p>Cirugía o procedimientos estéticos.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Con cobertura en casos de lesiones accidentales o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo. Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y las necesarias para lograr una apariencia simétrica en el seno no afectado.</p>

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios Quiroprácticos (cubiertos por Medicare)		<p style="text-align: center;">✓</p> Con cobertura para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. 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.		<p style="text-align: center;">✓</p> Si los zapatos forman parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyen en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético. (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.		<p style="text-align: center;">✓</p> 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.)

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
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).		✓ Con cobertura para el dolor lumbar crónico. (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales).	✓	
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.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o prótesis que son principalmente para la comodidad o la conveniencia del miembro, o para trasladarse principalmente dentro de la comunidad, que incluyen, entre otros, la remodelación o la modificación 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.	✓	
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	✓	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
<p>otros, los que se indican a continuación.</p> <p>Para transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alquiler, compra, mantenimiento/repación de vehículos <input type="checkbox"/> Servicio de auxilio mecánico (asistencia en la carretera) <input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Viajes en ambulancia terrestre o aérea (podrían estar cubiertos por su beneficio médico). <input type="checkbox"/> Viaje terrestre o aéreo no relacionado con citas médicas <input type="checkbox"/> Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el hospital <p>Para alojamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Depósitos <input type="checkbox"/> Servicios públicos (si se facturan aparte del pago del alquiler) <input type="checkbox"/> Llamadas por teléfono, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo <input type="checkbox"/> Gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo <input type="checkbox"/> Comidas 		

Revisamos con frecuencia nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces o no aptos para los miembros. Los procedimientos y las tecnologías nuevas que demuestran ser seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser servicios cubiertos.

Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, quedará sujeta a todos los términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones monetarias aplicables del miembro.

Para determinar si vamos a cubrir un servicio, aplicamos pautas de tecnologías patentadas para revisar dispositivos, procedimientos y medicamentos nuevos, incluidos los referentes a la salud conductual o mental. Cuando es clínicamente necesaria una determinación rápida del uso seguro y eficaz de una tecnología nueva o aplicación nueva de una tecnología existente para un miembro, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica basado en la documentación médica del miembro, la revisión de evidencia científica publicada, y, cuando es pertinente, la opinión profesional de la especialidad relevante de una persona con experiencia en tecnología.

Capítulo 5

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

Capítulo 5

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

Sección 1	Introducción.....	3
	Sección 1.1 La cobertura de medicamentos de la Parte D.....	3
	Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D.....	4
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.....	4
	Sección 2.1 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red.....	4
	Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red.....	5
	Sección 2.3 Cómo usar los servicios de medicamentos por correo que el plan ofrece.....	6
	Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	7
	Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?.....	7
Sección 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan.....	8
	Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	8
	Sección 3.2 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?.....	10
Sección 4	Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	10
	Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	10
	Sección 4.2 Tipos de restricciones.....	10
	Sección 4.3 Cuáles restricciones se aplican a sus medicamentos.....	12
Sección 5	Cuando sus medicamentos no están cubiertos en la forma que usted prefiere	13
	Sección 5.1 Tome medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea.....	13
	Sección 5.2 Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción.....	13
Sección 6	Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia.....	15
	Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....	15

	Sección 6.2 ¿Que sucede si hay cambios a la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	16
Sección 7	¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?.....	18
	Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura.....	18
Sección 8	Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando surta una receta.....	19
	Sección 8.1 Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare.....	19
	Sección 8.2 ¿Qué sucede si no trae consigo su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare?.....	19
Sección 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	19
	Sección 9.1 Medicamentos y estadías con cobertura del plan en un hospital o centro de enfermería especializada.....	19
	Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo.....	19
	Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de un empleador o plan grupal de jubilados?.....	20
	Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	21
Sección 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y el manejo de la medicación.....	21
	Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a consumir medicamentos de manera segura.....	21
	Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros para que usen de manera segura sus medicamentos que contienen opiáceos.....	22
	Sección 10.3 Manejo de terapias de medicamentos para ayudar a los miembros a llevar el control de sus medicamentos.....	22
Sección 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted.....	23
	Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D”	23
	Sección 11.2 Ayúdenos a mantener su información de pagos de medicamentos actualizada.....	24



Cómo obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Dado que usted cumple los requisitos para Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), usted califica, y está recibiendo, el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que está en el programa de Ayuda Adicional, **parte de la información acerca del costo de los medicamentos con receta de la Parte D que aparece en esta Evidencia de Cobertura no corresponda en su caso** Le enviamos un documento aparte, llamado **Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta (también llamado Cláusula adicional de Subsidio para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)**, que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene ese documento, llame al Servicio al Cliente y solicítelo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la portada de esta guía).

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 La cobertura de medicamentos de la Parte D

Este Capítulo **explica las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El Capítulo siguiente describe lo que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D (Capítulo 6, **Costo de los medicamentos con receta de la Parte D**).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, los beneficios médicos del plan también cubren algunos medicamentos. Mediante la cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan normalmente cubre los medicamentos que le administren durante las estadias con cobertura en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Mediante la cobertura de beneficios de Medicare B, el plan cubre algunos medicamentos, incluidos ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos recibidos en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (**Tabla de Beneficios Médicos, qué cubre el plan y qué paga usted**) detalla los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadia cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. El plan sólo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no tengan relación alguna con su pronóstico de paciente en fase terminal ni con enfermedades relacionadas que, por consiguiente, carecen de cobertura bajo el beneficio para centros de cuidados paliativos de Medicare. Consulte los detalles en la Sección 9.4, titulada **¿Qué sucede si uno está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?** Consulte los detalles de la cobertura de servicios en un centro de cuidados paliativos en la Sección correspondiente del Capítulo 4 (**Tabla de Beneficios Médicos [qué cubre el plan y qué paga usted]**).

En las secciones siguientes se analizará la cobertura de sus medicamentos según las normas aplicables a los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, titulada **Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**, tiene más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta a través de sus beneficios de Medicaid, contacte a su plan de salud de Medicaid o a Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) que se indica en el Capítulo 2 de esta guía. Su plan de salud de Medicaid o Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) también puede darle una **Lista de Medicamentos** con cobertura de Medicaid.

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D

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

- Debe contar con una receta emitida por su proveedor (médico, dentista u otro facultativo).
- El proveedor que emite la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación a CMS que demuestre su certificación para recetar; de otro modo, se le rechazará el reclamo de pago de la Parte D. La próxima vez que consulte a sus proveedores que emiten recetas, pregúnteles si cumplen con esta condición. Si no la cumplen, recuerde que su médico necesita tiempo para presentar la documentación necesaria para su tramitación.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus recetas. (Consulte la Sección 2, titulada **Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo que el plan ofrece**).
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)** del plan (a la que llamamos, simplemente, **Lista de Medicamentos**). (Consulte la Sección 3, titulada **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 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura **sólo** si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 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 proveer sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los

medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la **Lista de Medicamentos** del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Farmacias**, visite nuestro sitio web (www.myuhc.com/CommunityPlan) o llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada de esta guía).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita volver a surtir un medicamento que está tomando, puede pedir que un proveedor le dé una receta nueva o que transfieran la receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que está usando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado usando se retira de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, pida ayuda al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada de esta guía) o use el **Directorio de Farmacias**. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.myuhc.com/CommunityPlan.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo. Usualmente, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos confirmar que usted puede recibir normalmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias en dichos centros, típicamente la farmacia que ese centro de cuidado a largo plazo usa. Si tiene problemas para usar sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, llame al Servicio al Cliente.
- Las farmacias que colaboran con el Servicio de salud indígena, tribal o indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solamente los indígenas americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de modo que sólo se surten en ciertos lugares, o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación para su uso. (Nota: Esta situación debería darse rara vez).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar su **Directorio de Farmacias** o llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada de esta guía).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de medicamentos por correo que el plan ofrece

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, 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 de una farmacia con servicio de medicamento por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría retrasarse. Si su pedido por correo se retrasa, siga estos pasos:

Si su receta está en el registro de su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si su receta retrasada no está registrada en su farmacia local, pida a su médico que llame a su farmacéutico y autorice una nueva receta. O bien, su farmacéutico puede llamar al consultorio médico para solicitar la receta por usted. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda de la farmacia al 1-877-889-6510, (TTY) 711, 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene algún problema, pregunta, preocupación o si necesita cancelar un reclamo por una receta retrasada.

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 los servicios de medicamentos por correo, o bien
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas que provengan directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Puede solicitar por teléfono o correo, ahora mismo o en cualquier momento, que se le entreguen automáticamente todas las recetas nuevas.

Si recibe automáticamente una receta por correo que no desea y no se comunicaron con usted para ver si la quería antes de enviarla, es posible que cumpla los requisitos para que le den un reembolso.

Si anteriormente ha utilizado el servicio de medicamentos por correo y no quiere que la farmacia surta y le envíe automáticamente cada receta nueva, 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. Así tendrá la oportunidad de confirmar la entrega del medicamento correcto (incluidas la potencia, la cantidad y la presentación). Si es necesario, también podrá cancelar o posponer la orden antes de que se la facturen o envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para indicarle lo que debe hacer con su receta nueva y evitar demoras en el envío.

Para cancelar la entrega automática de nuevas recetas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Resurtidos de medicamentos por correo. Para resurtir sus medicamentos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días laborables antes de que se le acaben los medicamentos que tiene para asegurarse de que el próximo pedido se le 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 obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” (también llamado “suministro extendido”) de nuestra **Lista de Medicamentos** del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición de salud crónica o prolongada). Puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o ir a una farmacia de venta al por menor.

1. **Algunas farmacias de venta al por menor** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** le indica qué farmacias de nuestra red pueden surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada de esta guía).
2. En el caso de ciertas clases de medicamentos, puede usar los servicios de la red de **farmacias con servicios de medicamentos por correo** del plan. El servicio de medicamentos por correo que nuestro plan ofrece le permite pedir un suministro de hasta 100 días. En la Sección 2.3 puede obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de medicamentos por correo.

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

Es posible que su receta esté cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, 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. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos sus recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **Recetas en caso de una emergencia médica**

Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con un cuidado debido a una emergencia médica o a cuidado requeridos de urgencia, están incluidas en nuestra Lista de Medicamentos sin restricción alguna y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Cobertura en caso de viaje o al estar fuera del área de servicio**

Tendrá acceso a las farmacias de la red en todo el país mientras se encuentre de viaje en los Estados Unidos. Como parte de sus planes de viaje, lleve consigo sus recetas y medicamentos y recuerde consultar el directorio de farmacias para localizar las farmacias de la red que están en su recorrido. 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.

- 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 un medicamento recetado que regularmente no está en existencia en una farmacia de venta al por menor accesible de la red ni en una farmacia o con servicio de medicamentos por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y los medicamentos únicos).
- Si necesita una receta mientras es un paciente en un departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor, en caso de cirugía ambulatoria o en cualquier otra situación como paciente ambulatorio.

En estas situaciones, **le pedimos que primero verifique con el Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana a usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la portada de esta guía). Quizá deba pagar la diferencia entre el costo del medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia de la red.

¿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 parte normal del costo) 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 debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la **Lista de Medicamentos** del plan.

La **Lista de Medicamentos** incluye los medicamentos que están cubiertos mediante la Parte D de Medicare (anteriormente, en la Sección 1.1 de este Capítulo, se describen los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta a través de sus beneficios de Medicaid contacte a su plan de salud de Medicaid o a Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) que se indica en el Capítulo 2 de esta guía. Su plan de salud de Medicaid o Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) también puede proporcionarle una **Lista de Medicamentos** con cobertura de Medicaid.

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 Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos. (Esto quiere decir que la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para el cual ha sido recetado).
- – **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 tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo principio activo que un medicamento de marca. Generalmente funciona tal cual lo hace un medicamento de marca, pero normalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos de 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, hemos decidido no incluir un medicamento específico en nuestra **Lista de Medicamentos**.
- Es posible que los medicamentos cubiertos por Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) no estén incluidos en la **Lista de Medicamentos** de este plan. Si este plan no cubre un medicamento específico, consulte la **Lista de Medicamentos** de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) para averiguar si dicho medicamento está cubierto

Sección 3.2 ¿Cómo averiguar 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 (www.myuhc.com/CommunityPlan). 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. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la portada de esta guía).

Sección 4 Restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que determinan cómo y cuándo deben ser cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos preparó esta normativa para que nuestros miembros usen estos medicamentos en la forma más efectiva, y también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual mantiene su cobertura de medicamentos a un nivel de costo más económico.

En general, nuestra normativa alienta la compra de medicamentos que tratan su condición de salud de una manera segura y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo actúa médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para que usted y su proveedor opten por la opción de menor costo. Por otra parte, también debemos cumplir con las normas de Medicare en cuanto a cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si el medicamento tiene alguna restricción, esto quiere decir que usted o su proveedor tendrá que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si quiere estar exento de la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar una excepción al plan. El plan determinará si acepta o rechaza hacer la excepción. (Consulte las instrucciones para solicitar excepciones en el Capítulo 9, Sección 7.2).

Tenga presente que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra **Lista de Medicamentos**. Esto se debe a que se aplican diferentes restricciones o costos compartidos en base a diversos factores, como por ejemplo, la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de la salud (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o jarabe, etcétera).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Nuestro plan emplea diferentes restricciones para que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más efectiva. Las secciones siguientes presentan más detalles con respecto a las restricciones que empleamos para ciertos medicamentos.

¿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.

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
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

Obtención de una aprobación anticipada del plan

En el caso de ciertos medicamentos, usted y su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Este paso se llama “**preautorización**”. A veces la exigencia de obtener una aprobación anticipada ayuda a orientar el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es probable que el plan no cubra el costo de 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 da resultado, 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 4.3 Cuáles restricciones se aplican a sus medicamentos

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la **Lista de Medicamentos**. Para obtener la información más reciente, llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada de esta guía) o visite nuestro sitio web (www.myuhc.com/CommunityPlan).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrá que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Si el medicamento que quiere tomar tiene restricciones, llame al Servicio al Cliente para averiguar lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si quiere estar

exento de la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción. Es posible que aceptemos exceptuar la restricción en su caso, de igual manera que es posible que no lo aceptemos. (Consulte las instrucciones para solicitar excepciones en el Capítulo 9, Sección 7.2).

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos satisfaga sus necesidades. Sin embargo, quizá uno de los medicamentos con receta que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra lista de medicamentos (formulario) o, si aparece en él, tiene limitaciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede ser que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales que resultan aplicables. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, tal vez se le exija que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si va a funcionar adecuadamente, antes de que el medicamento que quiere tomar tenga cobertura. Por otro lado, podría haber límites de cobertura para la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, por ejemplo) durante un período determinado. En algunos casos, quizás le convenga pedirnos una exención a la restricción que tiene.

Usted puede tomar medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted cree que debería tener.

- Si su medicamento no está en la **Lista de Medicamentos** o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2.

Sección 5.2 Qué puede hacer si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción

Si su medicamento no está en la **Lista de Medicamentos** o tiene restricciones, esto es lo que puede hacer:

- Obtenga un suministro temporal del medicamento (únicamente los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para solicitar la cobertura del medicamento.
- Cambie de medicamento.
- Solicite una excepción al plan para que cubra el medicamento o elimine las restricciones vigentes.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción. De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar lo que debe hacer.

Para optar por un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio a su cobertura de medicamentos debe ser debido a una de las siguientes razones:

- El medicamento que está tomando **fue eliminado de la Lista de Medicamentos del plan.**
- – o – el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene una restricción de algún tipo** (las restricciones se explican en la Sección 4 de este Capítulo).

2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Si se trata de miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era miembro del plan el año anterior.** Este suministro temporal será por un mínimo de 30 días. Si su receta ha sido emitida para menos días, permitiremos surtidos adicionales para proporcionar un suministro de hasta 30 días del medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga presente que las farmacias de cuidado a largo plazo podrán proveer el medicamento en cantidades menores a fin de evitar desperdicio).
- **Si se trata de miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen 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.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada de esta guía).

Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción y cubra su medicamento actual. Encontrará más detalles sobre estas opciones en las siguientes secciones.

Cambie a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quizás el plan cubre un medicamento diferente que podría funcionar tan bien como el medicamento original. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que tratan la misma condición de salud. Esta lista ayuda a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría servirle. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la portada de esta guía).

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 a la regla. 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 permitiremos solicitar una excepción al formulario con anticipación para el próximo año. Le comunicaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo 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, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 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.

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, es posible que el plan modifique la **Lista de Medicamentos** durante el año. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Poner a disposición nuevos medicamentos, incluso nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno ha aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento del mercado y

nosotros decidimos no cubrirlo. O bien podríamos quitar un medicamento de la lista debido a que se ha determinado que es ineficaz.

- **Añadir o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información con respecto a las restricciones de la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **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 ¿Que sucede si hay cambios a la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios a la cobertura de medicamentos

En nuestro sitio web publicaremos información sobre los cambios que ocurran en la Lista de Medicamentos durante el año. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en Internet periódicamente para incluir los cambios que se hayan producido después de la última actualización. Más adelante le indicamos las fechas en que usted recibiría un aviso directamente si hubo cambios en un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

¿Los cambios a su cobertura de medicamentos le afectan inmediatamente?

Cambios que pueden afectarlo este año: Los cambios de la cobertura que sucedan durante el presente año le afectarán en los siguientes casos:

- **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 ambas)**
 - 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 que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, 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 ambas.
 - Es posible que no le avisemos por anticipado antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
 - Usted o el profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento de marca. Consulte las instrucciones para solicitar una excepción en el Capítulo 9 (**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]**).
 - Si usted está tomando un medicamento de marca al mismo tiempo que le hacemos un cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. También incluiremos información sobre los pasos que debe seguir para solicitarnos que

hagamos una excepción y cubramos su medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos que presentan riesgos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que han sido retirados del mercado**

- De vez en cuando, es posible que un medicamento sea eliminado repentinamente porque se encontró que es muy riesgoso, o se retiró del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente ese medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le haremos saber este cambio inmediatamente.
- El profesional que lo recetó también se enterará de este cambio y puede, junto con usted, encontrar otro medicamento para su condición.

- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos**

- Una vez que comienza el año es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También pudiéramos hacer cambios debido a advertencias publicadas por la FDA o a nuevas pautas clínicas que reconoce Medicare. Debemos darle aviso del cambio por lo menos con 30 días de anticipación o debemos darle aviso del cambio y permitirle resurtir el medicamento que esté tomando obteniendo un suministro de 30 días en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, debe acordar con el profesional que lo recetó el cambio a otro medicamento que sí cubramos.
- De otra manera, usted o el profesional que lo recetó pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo su medicamento. Consulte las instrucciones para solicitar una excepción en el Capítulo 9 (**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]**).

Cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Si usted está tomando actualmente un medicamento y si hay cambios a la Lista de Medicamentos que no fueron descritos anteriormente, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si continua con el plan:

- Si ponemos una nueva restricción al uso que usted le da al medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios llegara a ocurrir con uno de los medicamentos que usted está tomando (y si no se trata de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca, o cualquier otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará el uso que usted le dé al medicamento o lo que usted paga de costo compartido hasta el 1 de enero del año entrante. Hasta esa fecha, es probable que no haya ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso que usted le da al medicamento. Este año no recibirá ningún aviso sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de Medicamentos en el nuevo año de beneficios para saber si hay cambios en los medicamentos.

Sección 7 ¿Qué medicamentos no tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Medicamentos sin cobertura

Esta sección indica qué medicamentos están “excluidos”. Esto quiere decir que Medicare no cubre el costo de ninguno de ellos.

No cubriremos el pago de los medicamentos indicados en esta sección. Hay una sola excepción: Si al presentar una apelación se descubre que el medicamento solicitado no está excluido conforme a la Parte D y que nosotros deberíamos haberlo cubierto o pagado por él debido a la situación específica en que usted se encuentra. (Puede encontrar información de cómo apelar decisiones de no cubrir un medicamento en el Capítulo 9, Sección 7.5 de esta guía). Si Medicaid también excluye un medicamento excluido por nuestro plan, deberá pagarlo usted mismo.

Estas son tres reglas generales para saber qué medicamentos no cubren los planes de medicamentos de Medicare mediante la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D que ofrece nuestro plan no puede cubrir un medicamento que normalmente estaría cubierto mediante la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y 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.
 - Por lo general, 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. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir el “uso fuera de la indicación aprobada”.

Además, según lo establece la ley, estas categorías de medicamentos no tienen cobertura de Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos mediante su cobertura de medicamentos de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid). Para saber si algunos de los siguientes medicamentos tiene cobertura, consulte la

Lista de Medicamentos de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid):

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos para favorecer la fertilidad
- Medicamentos para el alivio de síntomas de tos o resfrío
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso

- Medicamentos para pacientes ambulatorios por los cuales el fabricante intenta exigir, como condición de venta, que se adquieran pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del propio fabricante.

Sección 8 Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare

Para surtir sus recetas, muestre su tarjeta de ID de UnitedHealthcare a la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestra su tarjeta de ID de UnitedHealthcare, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan **nuestra** parte del costo de su medicamento con receta con cobertura. Al surtir su receta, usted deberá pagar a la farmacia la parte del costo que **a usted** le corresponde.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no trae consigo su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare?

Si no tiene su tarjeta de ID de UnitedHealthcare al surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al momento de surtirla.** (Después **podrá pedirnos que le reembolsemos** la parte del costo que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información de 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 lo internan en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que le dan el alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumpla con todas nuestras normas de cobertura.

Sección 9.2 Residentes en centros de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) cuenta con su propia farmacia o con una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

El **Directorio de Farmacias** indica si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, le pedimos que se comunique con el Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada de esta guía).

¿Qué pasa si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o que tiene alguna restricción, el plan cubrirá un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será de al menos 31 días. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 31 días. (Tenga presente que una farmacia de cuidado a largo plazo podrá surtir el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que se surta, evitando así su desperdicio). Si ha sido un miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos al menos un suministro de 31 días. Si su médico le emite una receta por menos días, puede resurtir el medicamento con receta hasta que haya recibido al menos un suministro de 31 días.

Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Quizás el plan cubre un medicamento diferente que podría funcionar tan bien como el medicamento original. De otra manera, usted y su proveedor pueden pedir al plan una excepción para que cubra el medicamento de la forma que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber cómo proceder.

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de un empleador o plan grupal de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador (o del empleador de su cónyuge), o a través de un plan grupal de jubilados? De ser así, comuníquese **con el administrador de beneficios de ese plan grupal**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo es que su cobertura actual de medicamentos con receta funcionará con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nuestro plan tendrá un carácter secundario con respecto a la cobertura grupal que tiene de su empleador o de un plan para jubilados. Esto significa que la cobertura grupal pagaría primero.

Una nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o su plan grupal para jubilados le enviará un aviso para indicarle si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones disponibles de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que, en promedio, pagará como mínimo el equivalente a la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde estas notificaciones sobre cobertura acreditable ya que podría necesitarlas más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso con respecto a la cobertura acreditable de parte del

plan de su empleador o del plan grupal para jubilados, puede obtener una copia de su empleador, del administrador de beneficios del plan grupal para jubilados o de su empleador o sindicato .

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

Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento para las náuseas, laxante, medicamento para el dolor o fármaco ansiolítico que no esté cubierto por su centro de cuidados paliativos por no estar relacionado con su enfermedad terminal y las enfermedades asociadas, nuestro plan debe recibir notificación ya sea del médico o su centro de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con el cuidado antes de que nuestro plan cubra dicho medicamento. Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de un centro de cuidados paliativos o médico que se asegure de notificarnos que dichos medicamentos no están relacionados con el cuidado antes de pedirle a la farmacia que los surtan. En caso de que usted revoque su elección del centro de cuidados paliativos o le den el alta de dicho centro, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia al concluir su beneficio de Medicare, traiga documentación a la farmacia que sirva de comprobante de su revocación o alta. Consulte las secciones anteriores a esta Sección que explican las normas para obtener cobertura de medicamentos mediante la Parte D. En el Capítulo 6 (**Costo de los medicamentos con receta de la Parte D**) encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que a usted le corresponde pagar.

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 consumir medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones sobre el uso de los medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos que dichos miembros están recibiendo un cuidado seguro y apropiado. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

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 podrían no ser necesarios ya que 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 cuales 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 para que usen de manera segura sus medicamentos que contienen opiáceos

Contamos con un programa que puede ayudar a asegurarnos de que nuestros miembros usen de manera segura sus 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 benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones podrían ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que le indicará las limitaciones que pensamos que deberíamos aplicarle. Usted también 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 de que usted está en riesgo debido al uso indebido del medicamento con receta o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, 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.

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique en su caso si usted tiene ciertas condiciones médicas, como 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 Manejo de terapias de medicamentos para ayudar a los miembros a llevar el control de sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a los miembros que tienen necesidades complejas de salud.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró los programas para nosotros. Los programas pueden asegurar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Uno de los programas se llama programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). 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. Usted puede hablar sobre cuál es la mejor manera de tomar 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 de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para tomar notas o escribir alguna pregunta para hacerle al profesional en la próxima conversación. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué 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 le realicen una revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o téngalos consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, lleve consigo su lista de medicamentos (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 ajuste a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción en el programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Sección 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted

Sección 11.1 Le enviamos un informe 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.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D si usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de Beneficios de la Parte D le proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con el profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. 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 “hasta la fecha del año”. 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 mostrará los aumentos acumulativos en porcentaje en cada reclamo de medicamentos con receta.
- 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 11.2 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. Para asegurarse de que estemos al tanto de los medicamentos con receta que surte y de lo que paga, muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cada vez que surta una receta.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. Es posible que, en algunas ocasiones, usted pague medicamentos con receta pero no recibamos 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, puede enviarnos copias de los recibos de los medicamentos que compró. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo del medicamento. Para las instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de esta guía.) Las siguientes son algunas situaciones en las que sería conveniente darnos copias de sus recibos de medicamentos para garantizar que tengamos un registro completo de lo que usted gasta en sus 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.
- 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 como 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 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 como los gastos de su bolsillo. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos 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 en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). Asegúrese de guardar estos informes, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Capítulo 6

Costo de los medicamentos
con receta de la Parte D



Cómo obtener información sobre los costos de sus medicamentos.

Dado que usted cumple los requisitos de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid), usted califica, y está recibiendo, el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que recibe el programa Ayuda Adicional, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un documento aparte, llamado Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta (también se le llama Cláusula adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Cláusula adicional LIS), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene ese documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la portada de esta guía).

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

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 por sus servicios o medicamentos cubiertos.....	2
	Sección 1.1 Si usted paga por los servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedir que efectuemos el pago que nos corresponde.....	2
Sección 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido.....	4
	Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviar su solicitud de pago.....	4
Sección 3	El plan revisará su solicitud de pago y la aceptará o la negará.....	5
	Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el servicio o medicamento así como la porción de pago que le corresponde pagar.....	5
	Sección 3.2 Si recibe un comunicado indicando que no pagaremos la totalidad o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede apelar la decisión.....	6
Sección 4	Conserve sus recibos y envíenos copias para notificar el pago de un servicio....	6
	Sección 4.1 En algunos casos, envíe copias de sus recibos para que el plan actualice el registro de los costos de su bolsillo de sus medicamentos	6

Sección 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga por los servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, usted puede pedir que efectuemos el pago que nos corresponde

Los proveedores de la red remiten las facturas de sus servicios y de medicamentos cubiertos directamente a este plan. Si usted recibe una factura por el costo total del cuidado médico o los medicamentos que ha recibido, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando recibamos la factura, revisaremos la información y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura haremos el pago directamente al proveedor.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirnos que le reembolsemos (es decir, que le demos un "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir un reembolso de nuestra parte cada vez que usted haya pagado más que su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura, le reembolsaremos el costo del servicio o de los medicamentos.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede pedir al plan el reembolso del pago o el pago de una factura recibida:

1. Si ha recibido cuidados médicos de emergencia o requeridos de urgencia de parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor en los Estados Unidos que forme parte o no de nuestra red. Cada vez que reciba servicios de emergencia o requeridos de urgencia de un proveedor en los Estados Unidos que no forme parte de nuestra red, pida que facture sus servicios directamente al plan.

- Si, al momento de recibir el cuidado médico pagó la cantidad total usted mismo, necesitará pedir que le reembolsemos la parte del costo pagado. Envíenos la factura y adjunte documentación de todos los pagos que haya hecho.
- A veces, usted podría recibir una factura del proveedor que pide el pago de un servicio que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura y adjunte documentación de todos los pagos que usted ya haya hecho.
 - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, nosotros haremos el pago directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde del costo del servicio, determinaremos qué cantidad adeudaba efectivamente y le reembolsaremos la porción del costo que nosotros debemos pagar.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague una cantidad mayor que la parte que le corresponde del costo.

- Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, no permitimos que los proveedores le facturen a usted por los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo, incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted piense es por una cantidad mayor a la que usted debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor de la red pero piensa que ha pagado una cantidad mayor, envíenos la factura así como la documentación de los pagos que haya hecho. Debería pedirnos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debería pagar conforme al plan.

3. Inscripción retroactiva en nuestro plan

A veces se inscribe a una persona en el plan de manera retroactiva. (La frase “de manera retroactiva” quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber ocurrido el año pasado.)

Si se inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y pagó cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos directamente de su bolsillo, después de la fecha en que se inscribió, puede solicitar el reembolso de la cantidad que pagó de nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para tramitar el reembolso.

Le pedimos que se comunique a Servicio al Cliente para que le den instrucciones para pedir el reembolso del pago y la información de plazos para hacerlo. (Los teléfonos del Servicio al Cliente están impresos en la portada de esta guía.)

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

Si trata de usar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para surtir una receta en 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 la receta. (Es solamente en unos cuantos casos especiales que cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Puede obtener más información en la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia para solicitar el reembolso de nuestra parte de los costos compartidos.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare

Si no trae 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 de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

6. Cuando 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 es aplicable en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

7. Cuando utilice 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 al solicitarnos el reembolso. 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.

Cuando recibamos su solicitud de pago, revisaremos la información y decidiremos si el servicio o el medicamento deben tener cobertura. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que sí tiene cobertura, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de esta guía (**Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**) contiene información para presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviar su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y los recibos de todos 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 en nuestro sitio web (www.myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente para pedir el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de esta guía.)

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 5240
Kingston, NY 12402-5240

Usted debe presentar 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, artículo 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la cubierta de esta guía). Si desconoce la cantidad que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarle. También puede llamar si necesita darnos más información sobre una solicitud de pago que ya haya enviado.

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

Sección 3.1 El plan determinará si cubrirá o no el servicio o medicamento así como la porción de pago que le corresponde pagar

Cuando hayamos recibido su solicitud de pago, le pediremos información adicional, si es necesario. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento tiene cobertura y si usted cumplió con todas las normas para obtenerlo o el medicamento, pagaremos la parte del costo del servicio que nos corresponde. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si todavía no ha pagado el costo del servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que usted debe seguir para recibir servicios de salud cubiertos por el plan. El Capítulo 5 explica las normas que usted debe seguir para recibir los medicamentos con receta de la Parte D que tienen cobertura).
- Si tomamos la decisión de que el cuidado médico o el medicamento **no** tiene cobertura o que usted **no** cumplió con todas las normas, entonces no pagaremos nuestra parte del costo del

cuidado o del medicamento. En su lugar, usted recibirá una carta en la que explicaremos las razones por las cuales no se hace el reembolso que solicitó y su derecho para apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si recibe un comunicado indicando que no pagaremos la totalidad o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede apelar la decisión

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la cantidad que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que solicita que el plan cambie la decisión tomada al denegar su solicitud de pago.

Para obtener más información y presentar una apelación consulte el Capítulo 9 de esta guía (**Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]**). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, sería útil comenzar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 contiene una introducción que explica el trámite de las decisiones de cobertura y apelaciones. También se incluyen definiciones de términos, como “apelación”. Luego de haber leído la Sección 5, puede consultar las instrucciones aplicables a su situación en la Sección correspondiente del Capítulo 9:

- Si desea presentar una apelación para recibir un reembolso del costo de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para recibir un reembolso del costo de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

Sección 4 Conserve sus recibos y envíenos copias para notificar el pago de un servicio

Sección 4.1 En algunos casos, envíe copias de sus recibos para que el plan actualice el registro de los costos de su bolsillo de sus medicamentos

En algunos casos, debe dar parte al plan de los pagos que haya hecho para cubrir el costo de sus medicamentos. En estas situaciones, usted no está solicitando un reembolso, sino solamente da parte de sus pagos para que podamos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted cumplirá más rápidamente los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

A continuación, mostramos un ejemplo de una situación en la que debería enviarnos copias de los recibos para saber qué pagos hizo por sus medicamentos:

Cuando recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por una compañía farmacéutica

Algunos miembros están inscritos en programas de asistencia al paciente ofrecidos por compañías farmacéuticas y excluidos de los beneficios del plan. Si recibe algún medicamento a través de un programa ofrecido por una compañía farmacéutica, es posible que usted tenga que hacer un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que contabilicemos los gastos de su bolsillo y determinemos si cumple los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.
- **Tenga presente lo siguiente:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de dicho medicamento. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente los gastos de su bolsillo. De esta manera, usted podría cumplir más pronto con los requisitos para pasar a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Dado a que en el caso expuesto anteriormente usted no está solicitando un pago, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8

Derechos y responsabilidades

Capítulo 8

Derechos y responsabilidades

Sección 1	El plan respeta sus derechos como miembro.....	2
Sección 1.1	Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del 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 idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.).....	2
Sección 1.2	Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos que tienen cobertura.....	3
Sección 1.3	Tenemos la obligación de proteger la privacidad de su información de salud personal.....	3
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos.....	10
Sección 1.5	Tiene derecho a participar, junto con los profesionales del cuidado de la salud, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas, o médicamente necesarias, para su condición médica, independientemente del costo o de la cobertura.	12
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	14
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si piensa que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos?.....	14
Sección 1.8	Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas de la organización que tienen que ver con derechos y responsabilidades de los miembros. ¿Cómo obtener más información sobre sus derechos?.....	14
Sección 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan.....	15
Sección 2.1	Responsabilidades de los miembros del plan.....	15

Sección 1 El plan respeta sus derechos como miembro

Sección 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del 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 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 intérpretes 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).

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 1.1 Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales del 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 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 intérpretes 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 que tienen cobertura

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a seleccionar a un proveedor de cuidado primario de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos que usted reciba (el Capítulo 3 tiene más información al respecto). Llame al Servicio al Cliente para la información de los médicos actualmente aceptan clientes nuevos (los teléfonos están impresos en la portada de esta guía). No es necesario contar con una referencia para consultar a proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de la red de proveedores, **dentro de un plazo razonable**. Incluido el derecho a obtener servicios de especialistas de manera oportuna cuando necesite este cuidado. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperas prolongadas.

Cómo recibir cuidado médico después del horario normal

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 piensa que no recibe los cuidados médicos o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9, en la Sección 11, de esta guía indica cómo proceder. (Si hemos negado cobertura para sus cuidados médicos o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, la Sección 5 indica cómo proceder.)

Sección 1.3 Tenemos la obligación de proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de los registros médicos y la información de salud personal. Protegemos la información de salud personal de conformidad con estas leyes.

- La “información de salud personal” incluye los datos personales que tomamos para su inscripción en el plan, al igual que sus registros médicos y la demás información médica de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control para la utilización de su información de salud. Usted recibirá un documento llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

Cómo protegemos la privacidad de su información de salud

- Nos aseguramos de que las personas sin autorización no accedan ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, antes de proporcionar su información de salud a terceros –de quienes no recibe cuidado médico ni realizan el pago del cuidado a nombre suyo–, **tenemos la obligación de contar primero con su permiso por escrito**. El permiso por escrito puede darlo usted o su representante legal autorizado para tomar decisiones a nombre suyo.
- Hay también ciertas excepciones que no exigen que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones son o permitidas o requeridas por la ley, por ejemplo:
 - Se nos exige que entreguemos información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad del cuidado médico.
 - Debido a que usted es miembro de este plan a través de Medicare, se nos exige proporcionar a Medicare su información de salud, la cual incluye información sobre medicamentos de la Parte D que le han recetado. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglas federales.

Usted puede ver la información de sus registros y enterarse cómo ha sido compartida con otros.

Tiene derecho a ver su historial médico que el plan mantiene y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por las copias de este documento. También tiene derecho a pedir que agreguemos datos o hagamos correcciones a su registro médico. Si desea modificar su registro, consultaremos a su proveedor de cuidado de la salud para determinar si los cambios deberían efectuarse.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene dudas o preguntas sobre la privacidad de su información de la salud personal, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

AVISOS DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. LE INDICA CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia a partir del 1 de enero de 2021.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Tenemos la obligación de enviarle este aviso. El aviso le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir con terceros su información de salud.
- Qué derechos tiene usted de acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones del presente aviso.

- La información de salud es información sobre su salud o sus servicios para el cuidado de la salud. Nosotros tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad para administrar la información de salud. Si las modificamos, le avisaremos por correo postal o electrónico. Además, publicaremos un nuevo aviso en este sitio web (www.myuhc.com/CommunityPlan).

Le avisaremos si ocurre una violación de su información de salud. Recopilamos y conservamos su información de salud para llevar adelante nuestra actividad comercial. La información de salud puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso que tienen los empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Hemos adoptado medidas para proteger su información de salud.

Cómo usamos o Compartimos su Información

Debemos usar y compartir su información de salud con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias del gobierno.

Tenemos derecho a usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Estos fines deben ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- Para los pagos.** Podemos usar o compartir su información de salud para procesar pagos de primas y reclamos. Esto puede incluir la coordinación de los beneficios.
- Para el tratamiento o para la administración del cuidado.** Podemos compartir su información de salud con sus proveedores para colaborar con su cuidado.
- Para las tareas administrativas de cuidado de la salud.** Podemos sugerir un programa de bienestar o para el manejo de enfermedades. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- Para informarle sobre productos o programas de salud.** Podemos contarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- Para los patrocinadores del plan.** Podemos entregarle a su empleador información sobre su inscripción, la cancelación de su inscripción e información de salud resumida. También podemos proporcionarle información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- Con fines de suscripción.** Podemos usar su información de salud para tomar decisiones sobre la contratación de un seguro. No usaremos su información de salud genética con fines de contratación de seguro.
- Para recordatorios de beneficios o cuidado.** Podemos usar su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información sobre beneficios de salud a los que puede acceder.

- Para Comunicarnos con Usted.** Podemos usar el número de teléfono o correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted e informarle sobre sus beneficios, cuidados de la salud o pagos.

Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- Según lo exija la ley.**
- A las Personas Involucradas en su Cuidado.** Puede ser un familiar en caso de emergencia. Esto se puede dar si usted no puede aceptar ni objetar. Si usted no puede objetar, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir información de salud con familiares o amigos que ayudaron en su cuidado.
- Para actividades de salud pública.** Por ejemplo, para evitar brotes de enfermedades.
- Para denunciar abuso, maltrato, abandono o violencia doméstica.** Podemos compartir la información de salud solo con las entidades autorizadas por ley a recibirla. Puede tratarse de una agencia de servicio social o de protección.
- Para actividades de control de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de salud. Por ejemplo, para la obtención de una licencia, auditorías o investigaciones de fraude o abuso.
- Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden judicial o una citación.
- Para cumplir con la ley.** Para encontrar a una persona extraviada o denunciar un delito.
- Por amenazas contra la salud o la seguridad.** Podemos compartir información de salud con agencias de salud pública u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, ante una emergencia o una catástrofe.
- Para funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para los servicios de protección.
- Para el seguro de accidentes laborales.** En cumplimiento de la legislación laboral.
- Con fines de investigación.** Para estudiar una enfermedad o una discapacidad.
- Para brindar información sobre personas fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista. Para identificar a la persona fallecida, hallar la causa del fallecimiento o según lo establezca la ley. Podemos entregar información de salud a directores de funerarias.
- Para el trasplante de órganos.** Para colaborar con la obtención, la conservación o el transporte de órganos, ojos o tejido.
- A instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley.** Para personas en custodia: (1) para brindar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de terceros; y (3) por la seguridad de la institución.
- A nuestros socios comerciales,** si es necesario para que le presten servicios. Nuestros socios aceptan proteger su información de salud. No tienen permitido usar la información de salud de otra forma que no sea la contemplada en el contrato que celebramos con ellos.

- Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más el uso que hagamos de la información de salud que figura a continuación. Seguiremos las leyes más estrictas vigentes.
 1. Abuso de alcohol y de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o abandono de menores o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH o sida
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información de salud según se describe aquí o en el consentimiento que usted dé por escrito. Para compartir notas sobre su psicoterapia, necesitaremos su consentimiento escrito. Le pediremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a terceros. Le pediremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en cierta correspondencia promocional. Si usted nos permite compartir su información de salud, quien la recibe puede, a su vez, compartirla. Usted puede revocar su consentimiento. Para saber cómo puede hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos:

- Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para actividades relativas a tratamiento, pagos o cuidado de la salud. Usted puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares o terceros. Podemos permitirles a sus dependientes que nos pidan límites. **Intentaremos satisfacer su pedido, pero no estamos obligados a hacerlo.**
- Pedir que las comunicaciones confidenciales** se le envíen de otra manera o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla postal, y no a su domicilio. Aceptaremos su pedido si la divulgación pudiera representar un riesgo para usted. Las solicitudes se pueden hacer en forma verbal. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica abajo.
- Ver o recibir una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica abajo. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica. Puede pedir que se le envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a pedir que se revise la denegación.

- Pedir modificaciones.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar los motivos de los cambios. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica abajo. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- Obtener una lista de la información** de salud que se compartió durante los seis años anteriores a su solicitud. La lista no incluirá la información de salud que se haya compartido por los siguientes motivos: (i) para actividades relativas a tratamiento, pagos y cuidado de la salud; (ii) con la persona misma o con su consentimiento; (iii) con institutos correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco incluirá la divulgación de información que la ley federal no nos exija registrar.
- Recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web, (www.myuhc.com/CommunityPlan).

Cómo usar sus derechos

- Comunicarse con su plan de salud. Llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-844-368-7149, o TTY/RTT 711.
- Presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a:

UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440
- Presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección que se indica más arriba.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, 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.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y 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 <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-en>.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE

En vigencia a partir del 1 de enero de 2021

Protegemos² su “información financiera” (financial information, “FI”) personal. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es pública.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Esto puede incluir datos del pago de la prima.

Compartir información financiera

Solamente compartiremos información financiera según lo permitido por la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso que tienen a su información financiera los empleados y proveedores de servicios. Hemos adoptado medidas para proteger su información financiera.

Preguntas 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 1-844-368-7149, o 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 1 de la última página 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. Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Medication Management dba Genoa Medication Management Solutions; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet West, 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.; Renai Health IPA, LLC’ Renai Health Management, LLC; Sanvello Health, Inc.; Savvysherpa Administrative Services, LLC; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; 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. 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 <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-en>.

© 2020 United HealthCare Services, Inc.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores, y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de una forma que sea adecuada para usted. Por ejemplo, información en otros idiomas además del inglés, así como también en letras grandes y otros formatos alternativos.)

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones presentadas

por los miembros y las Calificaciones con Estrellas del plan, incluso también cómo lo han clasificado los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

• **Información sobre nuestra red de proveedores incluidas las farmacias de la red.**

- Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de parte nuestra acerca de la acreditación profesional de los proveedores y las farmacias que son parte de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- Puede encontrar una lista de los proveedores de la red del plan en el **Directorio de Proveedores**.
- Puede encontrar una lista de las farmacias de la red del plan en el **Directorio de Farmacias**.
- Si desea información más detallada sobre proveedores del plan o farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) o visite nuestro sitio web en www.myuhc.com/CommunityPlan.

• **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.**

- En los Capítulos 3 y 4 de esta guía se explica qué servicios médicos están cubiertos, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos.
- Para la información detallada de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de esta guía y la **Lista de Medicamentos cubiertos** del plan, los cuales indican los medicamentos que están cubiertos, explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

• **Información sobre los servicios que no están cubiertos y qué puede hacer usted al respecto.**

- Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene alguna limitación, puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a obtener una explicación aún si recibe el servicio médico o medicamento un proveedor o una farmacia fuera de la red.
- Si no está conforme o de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de qué cuidado médico o medicamento de la Parte D tiene cobertura, usted tiene derecho a pedir que modifiquemos nuestra decisión. Pida que cambiemos nuestra decisión mediante una apelación. Para más información sobre qué debe hacer si algún servicio no tiene la cobertura que usted cree que debería tener, consulte el Capítulo 9 de esta guía. Este capítulo indica los detalles para presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión (el Capítulo 9 también indica cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los periodos de espera y otros problemas que haya tenido).
- Si desea pedir al plan el pago de nuestra parte de una factura que haya recibido por cuidados médicos o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de esta guía.

Sección 1.5 **Tiene derecho a participar, junto con los profesionales del cuidado de la salud, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y a tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas, o médicamente necesarias, para su condición médica, independientemente del costo o de la cobertura.**

Usted tiene derecho a saber cuáles son sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones relacionadas con su cuidado médico

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de médicos y otros proveedores de cuidado de la salud cuando acuda a recibir sus servicios. Los proveedores deben explicarle su condición de salud y las opciones de tratamiento **de una manera clara y sencilla**.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con los médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, usted tiene derecho a:

- **Conocer todas sus opciones.** Significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin tener en cuenta el costo o si están cubiertas o no por nuestro plan. También significa que debe recibir información de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y que los usen de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre cualesquier riesgos involucrados en su cuidado médico. Se le debe informar anticipadamente si algún cuidado médico o tratamiento propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a “negarse” a recibir tratamientos.** Usted tiene derecho a rechazar cualquiera de los tratamientos recomendados. Incluido el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, aún si el médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar medicamentos. Desde luego, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su organismo como resultado de esta decisión.
- **Recibir una explicación si se le niega cobertura para el cuidado de la salud.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le niega cuidados médicos que usted piensa que tiene derecho a recibir. Para recibir este documento explicativo, necesitará pedir una decisión de cobertura. Capítulo 9 de esta guía tiene instrucciones para que usted solicite una decisión de cobertura al plan.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre sus deseos, si usted no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas pierden sus facultades para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por ellos mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar su voluntad sobre lo que desea que ocurra si se encontrara en esta situación. En otras palabras, **si usted lo desea**, puede:

- Completar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si llegara a quedar incapacitado para tomarlas por cuenta propia.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de sus cuidados médicos, si llegara a quedar incapacitado para tomarlas por cuenta propia.

Los documentos legales que puede usar para incluir instrucciones previas en estos casos se llaman **“instrucciones por anticipado.”** Hay diferentes tipos de “instrucciones por anticipado” y reciben distintos nombres. Los documentos conocidos como **“testamento en vida” y “poder legal para cuidado de la salud”** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea usar el documento instrucciones por anticipado para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si usted desea preparar este documento, obtenga el formulario de su abogado, de su trabajador social o en alguna tienda de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones por anticipado en organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede pedir al Servicio al Cliente que le ayude a conseguir este formulario.
- **Complete y firme el documento.** Sin importar dónde haya obtenido el documento, tenga presente que se trata de un documento legal. Posiblemente desee consultar a un abogado para que le ayude a llenarlo correctamente.
- **Entregue copias a las personas interesadas.** Entregue una copia de las instrucciones por anticipado a su médico y a la persona que usted ha nombrado en el formulario como aquella que tomará decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Además, tal vez desee dar copias a amigos íntimos o a miembros de su familia. Asegúrese de guardar una copia en un lugar seguro.

Si se entera con anticipación que lo van a hospitalizar y ya ha firmado las instrucciones por anticipado, **lleve una copia consigo al hospital.**

- **Si** es hospitalizado, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo trajo con usted.
- **Si** no ha firmado el formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es decisión suya si desea completar o no las “instrucciones por anticipado” (incluso si quiere firmar dichas instrucciones si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle cuidados médicos ni discriminarlo por haber firmado o no las “instrucciones por anticipado”.

¿Qué sucede 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 información de contacto de la agencia específica que corresponde a su estado.

Sección 1.6 **Tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

Si tiene problemas o dudas sobre los servicios o los cuidados con cobertura, el Capítulo 9 de esta guía indica qué puede hacer. También contiene información sobre cómo proceder con todo tipo de problemas y quejas. El procedimiento para un seguimiento del problema o duda dependerá de la situación. Posiblemente desee pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, desde solicitar que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **tenemos la obligación de tratarle de una manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Sección 1.7 **¿Qué puede hacer si piensa que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos?**

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si piensa que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo, edad 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, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Otro tipo de problema

Si piensa que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no han sido respetados, **y** esta cuestión **no** es respecto a discriminación, obtenga ayuda para tratar el problema de la siguiente manera:

- Llame al **Departamento de Servicio al Cliente** (los teléfonos están impresos en la portada de esta guía).
- **Llamar a Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Si prefiere, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 **Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas de la organización que tienen que ver con 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** (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
- Para obtener información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad de su plan de salud específico, llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. También puede acceder a esta información a través del sitio web (<https://www.uhcmedicareolutions.com/resources/ma-pdp-information-forms.html>). Seleccione “Commitment to Quality” (Compromiso con la calidad).
- Usted puede llamar al **programa SHIP**. Para obtener información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Llame a **Medicare**.
 - Visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”. (Puede encontrar esta publicación en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
 - O bien llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 Responsabilidades de los miembros del plan

A continuación se detallan las responsabilidades que usted tiene como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). Estamos a sus órdenes.

- **Familiarícese con la cobertura de sus servicios y con las reglas que debe cumplir para que tengan cobertura servicios.** Use esta guía de **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios tienen cobertura y las reglas que debe cumplir para que sus servicios reciban cobertura.
 - Los Capítulos 3 y 4 detallan los servicios médicos, incluidos los servicios que tiene y no tienen cobertura, las reglas a seguir y las cantidades que le corresponden pagar a usted.
 - Los Capítulos 5 y 6 detallan la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de la que ofrece nuestro plan, usted tiene la obligación de hacérselo saber.** Llame al Servicio al Cliente para proporcionar esta información (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
 - Tenemos la obligación de seguir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para garantizar que usted está utilizando su cobertura de manera combinada al recibir sus servicios que tienen cobertura de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de los beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que usted tenga de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que esté a su

disposición. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de sus beneficios, consulte Capítulo 1, Sección 7).

- **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 y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga cuidado médico o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Usted ayuda a sus médicos y a otros proveedores, siempre que proporciona la información correspondiente, hace preguntas y cumple con todas las indicaciones de su cuidado médico.**
 - Para que sus médicos y otros proveedores de salud puedan prestarle el mejor cuidado, esté enterado, en la medida de lo posible, de sus problemas de salud y proporcione la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan cuales medicamentos está tomando, incluidos los medicamentos comprados sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Sus médicos y proveedores de cuidado de la salud deben explicar las cosas de forma que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **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 médico, de los hospitales y de cualquier otra oficina.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Un requisito para ser miembro de nuestro plan, es que usted debe estar inscrito en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Medicaid paga la prima de la Parte A de la mayoría de los miembros, (en los casos en que el miembro no cumple automáticamente los requisitos) y también paga la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe pagarlas a Medicare para poder seguir siendo miembro del plan.
 - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no tienen cobertura del plan ni de ningún otro seguro, usted debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla a fin de mantener su cobertura de medicamentos con receta.
 - Si tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a que sus ingresos son altos (según conste en su declaración de impuestos más reciente), debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno a fin de poder mantener su membresía en el plan.
- **Avísenos si se muda de casa.** Si se va a mudar de casa, es importante que nos lo comunique inmediatamente. Llame al Servicio al Cliente (los teléfonos están impresos en la portada de esta guía).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 indica nuestra área de servicio). Si desea saber si su nueva dirección queda fuera de nuestra área de servicio, podemos ayudarle. Si se va a mudar fuera de

nuestra área de servicio, dispondrá de un Período de Inscripción Especial por el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Le haremos saber si tenemos un plan en su nueva área.

- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para mantener su registro de membresía al día y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda**, también es importante que de parte al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Encontrará los teléfonos y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o dudas, llame al Servicio al Cliente.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfonos y el horario de atención del Servicio al Cliente están impresos en la portada de esta guía.
 - Si desea más información para comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 1	Introducción.....	4
	Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda.....	4
	Sección 1.2 ¿Y los términos legales?.....	4
Sección 2	Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nosotros.....	4
	Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	4
Sección 3	¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?.....	5
	Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o el proceso para los beneficios de Medicaid?.....	5

Problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4	Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	6
	Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?.....	6
Sección 5	Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.....	7
	Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general.....	7
	Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	8
	Sección 5.3 ¿Qué Sección de este capítulo se aplica a su situación?.....	9
Sección 6	Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	10
	Sección 6.1 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.....	10
	Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que se autorice o se proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea).....	11

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico tomada por nuestro plan).....	14
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2.....	18
Sección 6.5	¿Qué debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por cuidados médicos?.....	20
Sección 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	21
Sección 7.1	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.....	21
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?.....	23
Sección 7.3	Información importante sobre cómo solicitar excepciones.....	24
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.....	24
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)....	28
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	31
Sección 8	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.....	33
Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare con información sobre sus derechos	34
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	35
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	38
Sección 8.4	¿Qué debe hacer si se pasó del plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?.....	39
Sección 9	Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.....	42

Sección 9.1	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 (CORF).....	42
Sección 9.2	Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....	43
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo.....	43
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo.....	46
Sección 9.5	¿Qué debe hacer si se pasó del plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?.....	47
Sección 10	Cómo presentar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores.....	50
Sección 10.1	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Servicios Médicos.....	50
Sección 10.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D.....	52
Sección 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros problemas.....	53
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se abordan a través del proceso para presentar quejas?.....	53
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”	55
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja.....	55
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	56
Sección 11.5	También puede presentar su queja ante Medicare.....	57

Problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Sección 12	Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.....	57
-------------------	---	-----------

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas y dudas. El proceso que usted usa para resolver su problema depende de dos cosas:

1. Si el problema es sobre los beneficios cubiertos por Medicare o por Medicaid. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicio al Cliente. (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía.)
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la equidad y la rápida resolución de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

¿Cuál de los dos procesos debe usar? La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado en su caso.

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 explica las reglas y los procedimientos legales con palabras más comunes en lugar de usar 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 para la situación en la que se encuentra. Al conocer los términos, podrá comunicarse con más claridad y precisión cuando trate su problema 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 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

A veces, puede ser complicado iniciar o continuar el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga el conocimiento necesario para continuar con el proceso.

Obtenga ayuda de una organización del gobierno independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. 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.

También puede recibir ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov).

Puede recibir ayuda e información de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid)

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid). Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid):

- Puede llamar a 1-402-471-3121. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Puede visitar el sitio web de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) (<http://dhhs.ne.gov/Pages/default.aspx>).

Sección 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o el proceso para los beneficios de Medicaid?

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, usted tiene diferentes procesos a su disposición para resolver su problema o queja. El uso de uno u otro proceso dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe usar el

proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente. (Los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía.)

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber la parte que debe leer, use la tabla a continuación.

Para saber la parte de este capítulo que le ayudará con su duda o problema específico,

COMIENCE AQUÍ

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid?

(Si desea ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente. Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de esta guía.)

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, **“Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”**.

Problemas Relacionados con sus Beneficios de Medicare

Sección 4 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o una duda, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas relacionados con **los beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber la parte de este capítulo que le ayudará con su duda o problema específico relacionados con sus beneficios de **Medicare**, use esta tabla

¿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 en particular, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o de los medicamentos con receta.)

Sí. Mi problema está relacionado con beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 5, “**Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**”.

No. Mi problema no está relacionado con beneficios ni cobertura.

Pase a la **Sección 11** 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**”.

Sección 5 **Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**

Sección 5.1 **Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluso problemas relacionados con el pago. 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

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. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura y lo que pagamos nosotros. 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.

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 y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

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 todas las reglas correctamente. Los revisores que revisan su apelación no son los mismos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una apelación rápida de 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.

Si 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. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted deberá presentar una Apelación de Nivel 2.) Consulte la Sección 6.4 de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación en el Nivel 2, puede continuar con niveles de apelación adicionales.

Sección 5.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Le gustaría recibir ayuda? A continuación encontrará recursos que le recomendamos usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
- Usted puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud
(consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar la solicitud por usted.**
 - 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 presentar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
 - 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 o Nivel 2 en nombre

de usted. Para presentar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que receta debe ser nombrado como su representante.

- **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.
 - Quizá ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante conforme a las leyes del estado.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** 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 5.3 ¿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 6 de este Capítulo: “Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”

- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** 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 9** 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 todavía no está seguro de qué sección se aplica a su caso, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede recibir ayuda o información de organizaciones del gobierno como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía tiene los números de teléfono de este programa).

Sección 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (Guía de “los conceptos básicos” de decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no lo ha hecho, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 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 esta guía: **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” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “cuidado médico o tratamiento médico o servicios médicos” en cada caso. El término “cuidado médico” 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.
 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.
 3. Usted recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, pero hemos denegado pagar el cuidado.
 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.
 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.
- **TENGA EN CUENTA: 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 (CORF), usted debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado. Lo siguiente es lo que debe leer en esas situaciones:**

- La Sección 8 del Capítulo 9: **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.**
- La Sección 9 del Capítulo 9: **Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.** Esta sección trata de tres servicios solamente: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada, y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).
- Para **todas las demás** situaciones en las que le hayan informado que se suspenderá el cuidado médico que ha estado recibiendo, use esta sección (la Sección 6) para saber lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos el cuidado médico que desea recibir.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase a la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico en la manera que usted desea.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Pase a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de cuidado médico que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 6.5 de este Capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que se autorice o se proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea)

Términos Legales: Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama “**determinación de la organización**”



Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos Legales: Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “**determinación rápida**”

Cómo solicitar la cobertura de cuidado médico que desea recibir

- Primero, llámenos, escribanos 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.
- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada **Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico.**

Por lo general, usamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión

Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos aceptado usar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar 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 la solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si usted pide más tiempo, o si necesitamos información adicional (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pudiera beneficiarle. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, 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 cree que no deberíamos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **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 la solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si decidimos tomar 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 cree que **no** deberíamos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita cobertura de cuidado médico **que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es para el pago de cuidado médico que usted ya recibió.)
 - 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 decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta comunicándoselo (y, en cambio, usaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le indicará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará 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. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)



Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida de una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**. 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**.
 - Tal como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales en ciertas circunstancias. Si decidimos usar más días para tomar la decisión de cobertura, 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 cree que no deberíamos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o, si el período se extiende, al terminar dicho plazo extendido), o 24 horas si su solicitud es para obtener un

medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación indica cómo presentar una apelación.

- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito con las razones de nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar de una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. 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 recibir su solicitud.
 - Si la solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (“un período extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos usar más días para tomar la decisión de cobertura, 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 cree que no deberíamos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario (o, si el período se extiende, al terminar dicho plazo extendido), o 72 horas si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación indica cómo presentar una apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta.



Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos – y que posiblemente cambiemos – esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de cuidado médico que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico tomada por nuestro plan)

Términos Legales: Una apelación presentada al plan contra una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se llama “reconsideración” del plan



Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una “**apelación rápida**”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada, **Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su cuidado médico.**
- **Si usted presenta una apelación estándar, hágalo mediante una solicitud por escrito.**
 - Si otra persona, que no sea su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario Nombramiento de un Representante que autorice a esta persona a representarle. (Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente [los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía] 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.) 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.
- **Si usted presenta una apelación rápida, hágalo mediante una solicitud por escrito o llámenos** al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 (**Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su cuidado médico**).
 - **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 a su solicitud de una 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 por el que se le haya pasado un plazo incluyen si usted sufrió 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 y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, presente una “apelación rápida” (puede solicitarla por teléfono)

Términos Legales: La “apelación rápida” también se llama “reconsideración rápida”.

- Si apela nuestra decisión sobre la cobertura de cuidado que aún no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para presentar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Encontrará estas instrucciones anteriormente en esta sección.)
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.



Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura de cuidado médico. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, 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 recopilar más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, 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 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **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 su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta a su solicitud para obtener un artículo o servicio médico **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación, si su apelación es para la cobertura de servicios que usted aún no ha recibido. 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 recopilar más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, 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 cree que no deberíamos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente mencionado anteriormente (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales en su solicitud para obtener un artículo o servicio médico), se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar **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 lo que usted solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.



Paso 3: Si nuestro plan deniega de manera total o parcial su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para garantizar que estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su apelación, **se exige a nuestro plan que envíe su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Esto significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación, el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su apelación de Nivel 1, su caso será enviado **automáticamente** al siguiente Nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión en su primera apelación. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.

Términos Legales: El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. También se le llama “IRE” (Independent Review Entity).



Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia 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.
- 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

- Si su apelación a nuestro plan fue rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. 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

- Si su apelación a nuestro plan fue estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. 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, el plazo no debe ser mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión 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 disputa en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión de la organización de revisión. 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.

- **Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la totalidad (o una parte) de su solicitud de cobertura de cuidado médico no debe aprobarse. (A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.)
 - Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, la cobertura de cuidado médico que solicita debe tener cierto valor monetario como mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el valor monetario necesario para poder continuar con el proceso de apelación.



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). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es decidida por un juez de derecho administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5 ¿Qué debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por cuidados médicos?

Si desea solicitarnos el pago del cuidado médico, lea primero el Capítulo 7 de esta guía: **Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos**. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que 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 obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si el cuidado médico que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: **Tabla de Beneficios Médicos [qué cubre el plan y qué paga usted]**). También verificaremos que usted siguió todas las reglas de su cobertura de cuidado médico (estas reglas aparecen en el Capítulo 3 de esta guía: **Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios médicos**).

Aceptaremos o denegaremos su solicitud

- Si el cuidado médico que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Por otra parte, si usted no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de una decisión de cobertura ha sido **aceptada**.)
- 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. (El hecho de que deneguemos su solicitud de pago significa que su solicitud de una decisión de cobertura ha sido **denegada**).

¿ Qué sucede si usted solicita un pago y denegamos pagarlo?

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 6.3.

En esta sección encontrará instrucciones paso a paso. Al seguir las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, 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 revoca nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor 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 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (Guía de “los conceptos básicos” de decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no lo ha hecho, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 7.1 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 como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) de nuestro plan. Para tener

cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por fuentes de referencia específicas. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

- **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.
- Para obtener más información sobre lo que nos referimos con medicamentos de la Parte D, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**, las reglas y restricciones que se aplican a la cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (**Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos con receta de la Parte D**) y el Capítulo 6 (**Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se describe en la Sección 5 de este capítulo, 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.

Términos Legales: Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se llama “**determinación de cobertura**”.

A continuación encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar relacionadas con sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, que incluye:
 - Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan
 - 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)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, si su medicamento está en la **Lista de Medicamentos cubiertos [Formulario]** del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo.)
 - **Tenga en cuenta:** 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.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

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. Consulte la tabla a continuación para determinar dónde encontrar la información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) Comience por la Sección 7.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener preaprobación) para el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos que le reembolsemos. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Pase a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

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. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe una excepción. Luego consideraremos su solicitud. Estos son dos 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 Cubiertos (Formulario). (Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.)

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**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros

medicamentos. No puede solicitar una excepción al copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. Quitar una restricción a nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos Legales: Pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una **“excepción al Formulario”**.

- Las reglas y restricciones adicionales para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - **Obtener la preaprobación** del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (A veces, a esto se le llama “preautorización”.)
 - **Tener que probar primero un medicamento diferente** antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. (A veces, a esto se le llama “terapia escalonada”.)
 - **Límites de cantidad.** Para algunos medicamentos, hay restricciones a la cantidad que puede obtener.

Sección 7.3 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.

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 de excepción, puede presentar una apelación para solicitar la revisión de nuestra decisión. La Sección 7.5 indica cómo presentar una apelación si denegamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción



Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura relacionada con los medicamentos o el pago que usted necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una **“decisión de cobertura rápida”**. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.**

Lo que debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentarnos su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener información detallada, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada, **Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D.** O, si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento, consulte la sección titulada **A dónde debe enviar su solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que usted recibió.**
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en nombre de usted** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5.2 de este capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- **Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento,** lea primero el Capítulo 7 de esta guía: **Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos.** El Capítulo 7 describe las situaciones en las que podría necesitar solicitar el reembolso. También indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.
- **Si solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que receta deben darnos las razones médicas para la excepción que usted solicita relacionada con un medicamento. (A este documento se le llama “declaración de respaldo”.) Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por correo. De otra manera, su médico u otro profesional que receta pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos por correo la declaración por escrito, si es necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **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.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Términos Legales: Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “determinación de cobertura rápida”.

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos aceptado usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si la solicita para obtener un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.)
 - 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 u otro profesional que receta nos informan 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 o de otro profesional que receta), decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta comunicándoselo (y, en cambio, usaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también indicará cómo puede presentar una queja contra nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que usted recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de que hayamos recibido la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este Capítulo.)



Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo no

mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico en respaldo a su solicitud. 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **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

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico en respaldo a su solicitud. 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó –**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 de Apelación.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que solicitó**, 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 3: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que reconsideremos – y posiblemente cambiemos – la decisión que habíamos tomado.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

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



Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una “**apelación rápida**”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, por fax o por correo, o en nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada, **Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D.**
- **Si usted presenta una apelación estándar, hágalo mediante una solicitud por escrito.**
- **Si usted presenta una apelación rápida, hágalo mediante una solicitud por escrito o llámenos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D).**

- **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.
- **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 a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo por el que se le haya pasado un plazo incluyen si usted sufrió 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 tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, presente una “apelación rápida”

Términos Legales: A “La “apelación rápida” también se llama “redeterminación 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 7.4 de este capítulo.



Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información 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”

- Si usamos los plazos rápidos, 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. En la Sección 7.6 de este capítulo, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, 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”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación para obtener un medicamento que aún no ha recibido. 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 usted piensa que su estado de salud lo requiere, debe presentar una apelación “rápida”.
 - 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. En la Sección 7.6 de este capítulo se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos aceptado proporcionar 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 aprobamos una solicitud para reembolsarle 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 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.
- Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 14 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. Más adelante en esta sección, se explica más sobre esta organización de revisión y lo que sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que 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 nuestra decisión.



Paso 3: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o si desea continuar y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte la siguiente sección).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o si desea continuar y presentar otra apelación. Si usted decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.

Términos Legales: El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. También se le llama “**IRE**” (Independent Review Entity).



Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, 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.
- Cuando usted presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tengamos 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 y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para una apelación “rápida” de Nivel 2

- 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.
- **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.

Plazos para una apelación “estándar” de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, 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.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó –**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una 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 aprueba una 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 su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, la cobertura de medicamentos que solicita debe tener cierto valor monetario como mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cuál es el valor monetario necesario para poder continuar con el proceso de apelación.



Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura que usted solicita cumple el mínimo requerido, 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). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8 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. Para obtener más información sobre la cobertura de su cuidado hospitalario, incluso cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de esta guía: **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)**.

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. También 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. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare con información sobre sus derechos

Durante su estadía en el hospital cubierta, 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 se le admite en un hospital. Una persona del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregarle este aviso en un plazo no mayor de dos días después de que le admitan. Si no recibe el aviso, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y haga las preguntas necesarias si no lo comprende.** Este aviso indica sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:

- 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 y su derecho a saber quién la pagará.
- Dónde reportar toda duda o problema que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si piensa que le dan de alta del hospital demasiado pronto.

Términos Legales: El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar que se aplase su fecha de alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le indica cómo solicitar una revisión inmediata).

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. (La Sección 5.2 de este capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.)
- El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le comunicarán 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 (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) 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 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que nuestro plan cubra 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.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos establecidos que corresponden a su caso.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica que su fecha de alta programada sea médicamente apropiada para usted.



Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se llama “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es financiada por Medicare 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.

¿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 la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía.)

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**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que se fijó para que usted salga del hospital.)
 - Si cumple este plazo, se le permitirá 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 sobre su apelación.
 - 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 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar una “**revisión rápida**” de su fecha de alta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted pide a la organización que use los plazos “rápidos” para la apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos Legales: Una “revisión rápida” también se llama “revisión inmediata”.



Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamaremos “los revisores” para abreviar) 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 informaron a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su 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.

Términos Legales: Esta explicación por escrito se llama “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener un ejemplar de este aviso, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) 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 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** su apelación, **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 (deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones. (Consulte el Capítulo 4 de esta guía.)

¿Qué sucede si la apelación es denegada?

- Si la organización de revisión **deniega** su apelación, 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 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

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 una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomaron 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 estadía después de su fecha de alta programada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:



Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicita 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 de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 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 y que no la cambiarán.
- 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 al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión deniega su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿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, en la Sección 8.2, usted debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar la primera apelación de su fecha de alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de salir del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada, lo que suceda primero.) 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

Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nuestro plan para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

Términos Legales: Una revisión “rápida” también se llama una “**apelación rápida**”.



Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada **Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su cuidado médico**.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.



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. Verificaremos si la decisión respecto a su fecha de alta fue justa y siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta de esta revisión.



Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita seguir hospitalizado después de su fecha de alta y seguiremos prestándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados que tengan cobertura, durante 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 rápida**, 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 rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para garantizar que estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **se exige a nuestro plan que envíe su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando esto ocurre, significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso para una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.

Términos Legales: El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. También se le llama “**IRE**” (Independent Review Entity).



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. El proceso para presentar quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 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.

- **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.
- 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 (devolverle) nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que 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 con nosotros en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
 - El aviso que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le indicará cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o 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 al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 9.1 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 (CORF)

Esta sección explica **solamente** los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio** que usted recibe.
- **Cuidado de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que se considere un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de palabras importantes.**)
- **Cuidado de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe un tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de palabras importantes.**)

Si usted recibe alguno de estos tipos de cuidado, 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. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluso su parte

del costo y cualquier limitación que se aplique a la cobertura, consulte el Capítulo 4 de esta guía: **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted).**

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 9.2 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

1. Usted recibirá un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cobertura de su cuidado, recibirá un aviso.

- El aviso por escrito le indica la fecha en que suspenderemos la cobertura de su cuidado.
- El aviso por escrito también indica lo que puede hacer si desea pedirnos que cambiemos esta decisión sobre cuándo terminar su cuidado y que lo sigamos cubriendo durante más tiempo.

Términos Legales: Las instrucciones del aviso por escrito le indican 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. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación de tramitación rápida.). El aviso por escrito se llama **“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”**.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.

- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme este aviso. (La Sección 5.2 explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.)
- 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 el plan en que es momento de suspender el cuidado.

Sección 9.3 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.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos establecidos que corresponden a su caso. También hay plazos establecidos que

nuestro plan debe respetar. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiará la decisión que tomó nuestro plan.

 **Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.**

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de suspender la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió 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 la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía.)

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación de tramitación rápida” (una revisión independiente) para determinar si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

El plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare.**
- Si se 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 9.5 de este capítulo.



Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamaremos “los revisores” para abreviar) 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 habrán informado sobre su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos Legales: Este aviso con una explicación se llama “**Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura**”.



Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, **debemos seguir prestándole servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones (consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué sucede si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores **deniegan** su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- 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 (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.

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores **deniegan** su Apelación de Nivel 1 – **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que terminó su cobertura – puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación implica que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación y usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que terminó su cobertura, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomaron 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 (CORF) **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:



Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicita 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 su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos 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 tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- 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 los revisores deniegan su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5

¿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, en la Sección 9.3, 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

Si se pasa del plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nuestro plan para solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

Los siguientes son los pasos para presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos Legales: Una revisión “rápida” también se llama una “**apelación rápida**”.



Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada **Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su cuidado médico**.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto significa que solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.



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.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.



Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, 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 rápida**, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de dicha 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 (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.

- Para garantizar que estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **se nos exige que enviemos su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando esto ocurre, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelación.

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.

Términos Legales: El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. También se le llama “**IRE**” (Independent Review Entity).



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. El proceso para presentar quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 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.

- **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.
- 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 (devolverle) 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 sus 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 continuar con el proceso de revisión. Le indicará cómo 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 los revisores deniegan su Apelación de Nivel 2, usted puede decidir si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 10 Cómo presentar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 10.1 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 continuar con el proceso de apelación. Si el valor monetario es suficientemente alto, 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 (llamado 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.** Decidiremos si apelaremos o no esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o 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. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el aviso que reciba le indicará lo que debe hacer si decide continuar con su apelación.

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, 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.** Decidiremos si apelaremos o no esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor monetario del artículo o servicio médico de la apelación cumple el valor monetario exigido.
 - 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. Si las reglas le permiten seguir, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Sección 10.2 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 (llamado 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.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. 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. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el aviso que reciba le indicará lo que debe hacer si decide continuar con su apelación.

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.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. 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 que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten seguir, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer si decide continuar con su apelación.
-

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Sección 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros problemas



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, esta sección no es para usted. Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan a través del proceso para presentar quejas?

Esta sección explica cómo usar el 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 que recibe. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso para presentar quejas.

Si usted tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso el cuidado en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debería ser confidencial?
Falta de respeto, Servicio al Cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con el trato que recibió del Servicio al Cliente? • ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿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? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, al surtir una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos proporcionado un aviso que debemos darle? • ¿Piensa que la información que le proporcionamos por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (se refiere a nuestra puntualidad para procesar decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4-10 de este capítulo. Si usted solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, use este proceso, y no el proceso para presentar quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya 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.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y la denegamos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para comunicarle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Si se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, hay plazos que se deben cumplir. Si usted piensa que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none">• Si no le comunicamos una decisión en el plazo establecido, se nos exige que enviemos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos antes del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

Términos Legales

- Lo que en esta sección se llama “queja” también se llama “queja formal”.
 - Otro término para “**presentar una queja**” es “**presentar una queja formal**”.
 - Otra manera de decir “usar el proceso para presentar quejas” es “usar el proceso para presentar una queja formal”.
-

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja



Paso 1: Comuníquese con nosotros 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. 1-844-368-7149, TTY: 711, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
- **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”.

- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja se debe presentar en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.
- **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 su queja es “rápida”, significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.

Términos Legales: Lo que en esta sección se llama “**queja rápida**” también se le llama “**queja formal rápida**”.



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. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **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 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, se lo comunicaremos. Al responder, incluiremos los motivos de esa respuesta. Debemos responder, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió a través del proceso paso a paso que se describe anteriormente.

Si la queja es sobre la **calidad del cuidado**, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado que recibió directamente ante esta organización (**sin** presentar la queja ante nosotros).

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.
- Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía. Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con la organización para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) 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 tiene algún otro comentario o duda, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Problemas Relacionados con sus Beneficios de Medicaid

Sección 12 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Puede recibir ayuda e información de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid).

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid).

Si usted tiene Medicare y Medicaid, es posible que algunos de los servicios de su plan también estén cubiertos por su programa estatal Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid). Por lo tanto, si usted cree que denegamos indebidamente un servicio o el pago de un servicio, también puede tener derecho a solicitar a su programa estatal Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid) que pague el servicio. Es posible que también presente apelaciones y quejas formales relacionadas con los servicios cubiertos por Medicaid. Consulte el Manual de Medicaid para obtener más información, o comuníquese con su agencia estatal Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid). La información de contacto aparece en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta guía.

El Plan le proporcionará asistencia razonable determinada por sus necesidades. Esto puede incluir, entre otros, ayudarlo a llenar formularios, revisar los beneficios de Medicaid y responder preguntas sobre reclamos, quejas y apelaciones.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Sección 1	Introducción.....	2
	Sección 1.1 Este Capítulo explica cómo terminar su membresía en nuestro plan....	2
Sección 2	¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?.....	2
	Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.....	2
	Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual.....	3
	Sección 2.3 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.....	4
	Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial.....	5
	Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?.....	6
Sección 3	¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....	6
	Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía al inscribirse en otro plan	6
Sección 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	8
	Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.....	8
Sección 5	Debemos terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	8
	Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?.....	8
	Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	9
	Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	9

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo explica 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**.
 - Puede terminar voluntariamente su membresía en el plan solamente en ciertos momentos del año, o en ciertas situaciones. La Sección 2 le indica cuándo puede terminar su membresía en el plan. La Sección 2 le indica los planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
 - El proceso para terminar su membresía en el plan de manera voluntaria varía según sea la nueva cobertura que elija. La Sección 3 le indica cómo terminar su membresía en cada situación.
- 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, debe seguir recibiendo su cuidado médico a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan solamente durante ciertos momentos del año, a los que se les llama períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también podría cumplir los requisitos para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía solamente durante ciertos momentos del año.

Debido a que usted tiene Medicaid, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan en uno de estos períodos, tendrá que esperar el próximo período para terminar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede usar este Período de Inscripción Especial para terminar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todos los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le explica más sobre el Período de Inscripción Anual.

- ¿A qué tipo de plan se puede cambiar? Si decide cambiar de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan con o sin cobertura de medicamentos con receta.)
 - Medicare Original **con** un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
 - 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.

Tenga en cuenta: 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 un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.)

Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para informarse sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta guía).

- ¿Cuándo terminará su membresía? Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también se le llama “Período de Inscripción Abierta Anual”). Ese es el momento en que usted debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- ¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- ¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede decidir 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. (Puede elegir un plan 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.
 - **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.

Tenga en cuenta: 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. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.3 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**.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Es del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan 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 este momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** 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 2.4 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, usted también podría cumplir los requisitos para terminar su membresía en otros momentos del año. A esto se le conoce como **Período de Inscripción Especial**.

- ¿Quién cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial?** Si usted se encuentra en una de las siguientes situaciones, es posible que cumpla los requisitos para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial. 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](https://www.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).
 - Tenga en cuenta: 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.

Tenga en cuenta: La Sección 2.1 le explica más sobre el Período de Inscripción Especial para los beneficiarios de Medicaid.

- ¿Cuándo son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- ¿Qué puede hacer?** 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. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes planes:
- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan 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.
 - **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.

Tenga en cuenta: 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. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.) Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- ¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Tenga en cuenta: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben el programa Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2022**.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual **Medicare y Usted 2022** cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare lo reciben a más tardar un mes después de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). O puede llamar al número de Medicare que se indica a continuación para pedir una copia impresa.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para terminar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no eligió un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

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

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:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original con un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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. ◦ Si usted cancela su inscripción en un plan 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 si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). • 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.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Nebraska Department of Health and Human Services, (Medicaid) comuníquese con Nebraska Department of Health and Human Services, al

1-402-471-3121, 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte si su inscripción a otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Nebraska Department of Health and Human Services (Medicaid).

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja nuestro plan, puede pasar un tiempo hasta que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura.) Durante este tiempo de espera, usted debe seguir recibiendo su cuidado médico y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos con receta solamente tienen cobertura si se surten en una farmacia de la red, incluso nuestras farmacias con servicio de pedidos por correo.
- Si es hospitalizado el mismo día en que termina su membresía, normalmente 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 ya no cumple los requisitos de Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid. Debemos notificarle por escrito que usted tiene un período de gracia de 6 meses para volver a cumplir los requisitos, antes de que cancelemos su inscripción. Para obtener más información sobre el período de gracia y cómo puede afectar sus costos en este plan, consulte la Sección 1.1 del Capítulo 4.
- Si tiene un excedente en gastos médicos y no lo paga.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.

- Si se va a mudar o va a salir de viaje por mucho tiempo, debe llamar 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. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de esta guía.)
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si 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 proporcionarle 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.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

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, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (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.

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. Además, puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11

Avisos legales

Sección 1	Aviso sobre la legislación vigente.....	2
Sección 2	Aviso sobre antidiscriminación.....	2
Sección 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	2
Sección 4	Responsabilidad civil y subrogación ante terceros.....	2
Sección 5	Responsabilidad del miembro.....	3
Sección 6	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de razonable y necesario.....	4
Sección 7	No debe haber duplicación de beneficios por cobertura de seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil.....	4
Sección 8	Hechos que escapan a nuestro control.....	5
Sección 9	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes.....	5
Sección 10	Evaluación de tecnologías.....	5
Sección 11	Declaraciones del miembro.....	5
Sección 12	Información disponible cuando se solicite.....	6
Sección 13	2022 Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso.....	6
Sección 14	Compromiso con respecto a las decisiones de cobertura.....	7
Sección 15	Términos y Condiciones de Renew Active™.....	7

Sección 1 Aviso sobre la legislación vigente

Muchas leyes tienen validez para esta Evidencia de Cobertura y es posible que se apliquen disposiciones adicionales debido a exigencias de la ley. Esto podría repercutir en sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no estuvieran presentes o explicadas en este documento. La ley principal que rige a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los estatutos creados bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación

El plan debe obedecer las leyes que lo protegen a usted de la discriminación o de un trato desigual. No discriminamos a ninguna persona debido a su raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color de la piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos de pago, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, por ejemplo, este plan, deben cumplir las leyes federales 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 (Affordable Care Act, ACA), asimismo todas las demás leyes pertinentes a organizaciones que reciben fondos federales y todas las demás leyes y reglamentos que correspondan por cualquier otro motivo.

Si desea más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o un trato desigual, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a cuidado médico, llame a Servicio al Cliente (los teléfonos aparecen en la portada de esta guía). Si tiene una queja (por ejemplo, un problema de acceso para sillas de ruedas) el Servicio al Cliente puede ayudarlo.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare que tienen cobertura si Medicare no es el pagador primario. En virtud de la normativa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en el Título 42 del Código de Regulaciones Federal, secciones 422.108 y 423.462, el plan, siendo una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de restitución que el Secretario ejerce según el reglamento de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las subpartes B a D de la parte 411 del Código de Regulaciones Federal 42; por otra parte, las reglas establecidas en esta Sección sustituyen a cualesquiera leyes estatales.

Sección 4 Responsabilidad civil y subrogación ante terceros

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual un tercero es presuntamente responsable debido a un acto u omisión negligente o intencional que le ocasiona una lesión o enfermedad, debe notificarnos oportunamente de dicha lesión o enfermedad. Le enviaremos una declaración que establece las cantidades que pagamos por los servicios provistos en relación con la lesión o enfermedad. Si se le restituye una suma cualquiera de dinero de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa restitución por lo pagos que hicimos en nombre suyo, sujeto a las limitaciones en los párrafos siguientes.

- 1) **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que la cantidad total restituida de parte de un tercero (la “cantidad restituida”), entonces nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a) **Primero:** Determine la proporción de costos de adquisición a cantidad restituida (el término "costos de adquisición" implica los honorarios del abogado y los gastos incurridos para lograr una liquidación o un fallo).
 - b) **Segundo:** Aplique la proporción calculada anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra porción de costos de adquisición.
 - c) **Tercero:** Reste nuestra porción de costos de adquisición de nuestros pagos. El remanente es nuestra cantidad de reembolso.
- 2) **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, el monto de 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 a una parte que recibió la cantidad restituida debido a que dicha parte se opuso a nuestro reembolso, el monto de nuestro reembolso es el menor de lo siguiente:
 - a) Nuestros pagos hechos en nombre suyo por los servicios; o
 - b) La cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicha parte.

Sujeto a las limitaciones establecidas anteriormente, usted acepta otorgarnos una asignación, y una reclamación y un derecho de retención, de cualesquiera cantidades recobradas mediante una liquidación, fallo o veredicto judicial. Es posible que sea requerido por nosotros y usted acepta officiar los documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, la reclamación o el derecho de retención para confirmar nuestro derecho a reembolso.

Sección 5 Responsabilidad del miembro

Si no reembolsamos los cargos de un proveedor de la red por los servicios cubiertos, usted no será responsable de las sumas que adeudamos. Ni el plan ni Medicare pagarán el costo de los servicios, excepto si se trata de estos gastos aprobados:

- Servicios de emergencia
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis rutinaria y fuera del área durante un viaje (debe recibirse en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios de posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor ni el plan ni Medicare pagará el costo de esos servicios.

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de razonable y necesario

Para determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de razonable y necesario, de acuerdo con los criterios de Medicare, para poder estar cubiertos bajo su plan, a menos que de otra manera se estipulen como un servicio cubierto. Se considera servicio "razonable y necesario" en estos casos:

- El servicio es seguro y eficaz.
- El servicio no tiene carácter experimental ni está en fase de investigación.
- El servicio es apropiado, incluida la duración y frecuencia que se considera adecuada para el servicio, en términos de si el servicio es:
 1. Provisto de acuerdo con estándares aceptados de práctica médica para el diagnóstico o tratamiento de una condición del paciente o para mejorar la función de un miembro corporal deformado;
 2. Provisto en un entorno adecuado a las necesidades y condiciones médicas del paciente;
 3. Solicitado y provisto por personal calificado;
 4. Uno que satisface, pero no excede, la necesidad médica del paciente; y
 5. Por lo menos igual de beneficioso que una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios por cobertura de seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil

Si recibe beneficios como resultado de otra cobertura de un seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad realizar cualquier gestión necesaria para recibir el pago con cobertura del seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil cuando se espera recibir justificadamente dichos pagos, y es su deber notificarnos de la existencia de dicha cobertura. Si por casualidad duplicamos los beneficios a los cuales tiene derecho bajo otro seguro de automóvil, contra accidentes o de responsabilidad civil, podemos solicitar el reembolso del valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud en la medida que lo permita la ley estatal o federal. Si el costo de sus servicios de cuidado de la salud sobrepasa la cobertura del seguro de automóvil, de accidente o de responsabilidad contra terceros, proveeremos beneficios en exceso de esa otra cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros en la obtención del pago de su compañía del seguro de automóvil, de accidente o de responsabilidad contra terceros. Su falta de cooperación podría resultar en la terminación de su membresía en el plan.**

Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control

Si, debido a fuerza mayor, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción completa o parcial de un centro, ordenanza, ley o decreto de cualquier agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa escapa a nuestro control), o cualquier otra emergencia o acontecimiento similar que escape a nuestro control, es posible que los proveedores no están disponibles para concertar o proveer servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, entonces intentaremos concertar los servicios cubiertos en la medida que sea factible y de acuerdo con nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendrá la responsabilidad ni la obligación en caso de demora u omisión en la prestación o preparación de servicios cubiertos si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias ya descritas.

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes

La relación entre nosotros y nuestros proveedores y hospitales de la red es una relación de empresa y contratista independiente. Ninguno de los proveedores de la red u hospitales de la red, o sus médicos o empleados, son empleados o agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas. Un agente sería cualquier persona autorizada para actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ningún empleado de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas es empleado o agente de los proveedores u hospitales de la red.

Sección 10 Evaluación de tecnologías

Revisamos con frecuencia nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para decidir si son seguros y eficaces o no para los miembros. Los procedimientos y tecnologías nuevas que sean seguras y eficaces reúnen los requisitos para convertirse en servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, quedará sujeta a todos los términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones monetarias aplicables del miembro.

Para determinar si vamos a cubrir un servicio, aplicamos pautas de tecnologías patentadas para revisar dispositivos, procedimientos y medicamentos nuevos, incluidos los referentes a la salud conductual o mental. Cuando la necesidad clínica exige una determinación rápida de la seguridad y eficacia de una tecnología nueva o aplicación nueva de una tecnología existente para un miembro individual, uno de nuestros directores médicos toma una determinación médicamente necesaria basada en la documentación médica del miembro individual, la revisión de evidencia científica publicada, y, cuando es pertinente, la opinión profesional de la especialidad pertinente de una persona con experiencia en la tecnología.

Sección 11 Declaraciones del miembro

En ausencia de fraude, todas las declaraciones hechas por usted se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna declaración anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme

a esta Evidencia de Cobertura ni se la usará como defensa de una causa judicial a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 12 Información disponible cuando se solicite

Como miembro del plan, tiene derecho a solicitar información con respecto a:

- Cobertura general e información comparativa del plan
- Utilización de procedimientos de control
- Programas de 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 2022 Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso

2022 Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso

Cómo puede combatir el fraude en el cuidado de la salud

Nuestra compañía está comprometida a prevenir el fraude, el derroche y el abuso en los programas de beneficios de Medicare, y le pedimos su ayuda. Si identifica un posible caso de fraude, le pedimos que nos avise inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de casos potenciales de fraude a Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud, por ejemplo, un médico, una farmacia, o una compañía de dispositivos médicos factura por servicios que nunca recibió.
- Un proveedor factura por un equipo diferente al que recibió.
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener cuidado médico, recetas, suministros o equipos.
- Alguien factura por equipo médico de uso en el hogar después que el mismo ha sido devuelto.
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare.
- Una compañía utiliza información falsa para inducirlo 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 al UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP) Servicio al Cliente al 1-844-368-7149 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Esta línea directa le permite reportar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todos los esfuerzos posibles por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si una agencia del cumplimiento de la ley necesita involucrarse en la investigación, no podemos garantizar su

confidencialidad. Tenga la certeza que nuestra organización no tomará ninguna acción en contra de usted por reportar de buena fe un posible caso de fraude.

Asimismo, también puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante Medicare Drug Integrity Contractor (MEDIC) llamando al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379), o directamente ante Medicare llamando al 1-800-633-4227. El número de fax de Medicare es 1-717-975-4442 y su sitio web es <http://es.medicare.gov>.

Sección 14 Compromiso con respecto a las decisiones de cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones respecto a los servicios de cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y los servicios y la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de no cobertura (negación); 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a ningún otro profesional de cuidado de la salud para recomendar la subutilización inadecuada de los cuidados o servicios; y 3. No contratan, promueven o despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona vaya a apoyar o tienda a apoyar la negación de beneficios.

Sección 15 Términos y Condiciones de 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 Fitbit® Community 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 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.

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.

Apelación – Recurso que usted utiliza para modificar las decisiones que tome el plan con respecto a la negación de una solicitud para cubrir servicios de cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o para que el plan pague el costo de los servicios o los medicamentos que usted ya ha recibido. Usted puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de suspender servicios que recibe actualmente. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación en casos en los que el plan no paga el costo de un medicamento, artículo o servicio que usted piensa que debería recibir. El Capítulo 9 explica lo que es una apelación, incluido el proceso para presentar una.

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 periodos 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.

Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – Etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted no paga ningún copago ni coseguro por sus medicamentos una vez que usted, u otra persona calificada en nombre de usted, hayan gastado \$7,050 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. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con esta agencia.

Ensayo clínico - Es un método con el cual los médicos y los científicos ponen a prueba nuevas terapias de cuidado médico, por ejemplo, qué tan bien funciona un medicamento nuevo para el cáncer. Para realizar estos estudios se solicita la participación de voluntarios para probar los nuevos medicamentos o procedimientos de cuidados médicos. Un ensayo clínico es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método de tratamiento funciona y si es seguro.

Coseguro – La cantidad que posiblemente tenga que pagar como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta. El coseguro generalmente es un porcentaje, por ejemplo, 20%. 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 un coseguro) o en el costo permitido por Medicare, dependiendo del acuerdo contractual que hayamos acordado por el servicio.

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 – La manera formal de decir “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de presentación de quejas se usa solamente para cierto tipo de problemas. Entre ellos, se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, el tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también la definición de “queja formal” en este Capítulo.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios – Es un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de haber tenido una enfermedad o lesión así como una variedad de servicios, 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, no es un porcentaje. Por ejemplo, \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento con receta.

Costo compartido – Son las cantidades que el miembro debe pagar por servicios o medicamentos. Esta cantidad 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 imponga para cubrir servicios o medicamentos (2) el copago fijo que un plan requiera cuando usted recibe un servicio o medicamento específico; o (3) el coseguro, es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento requerido por el plan cuando usted recibe un servicio o medicamento específico. Cuando el médico receta una cantidad menor que el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos, posiblemente se cobre la tarifa diaria de costo compartido y se requiere que usted pague un copago.

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”. El Capítulo 9 explica los pasos para solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos – Son todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan

Servicios cubiertos – Es el término general usado para referirnos a todos los servicios de cuidado de la salud y suministros que están cubiertos por el 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. Es el cuidado personal que puede prestar cualquier persona y que no requiere habilidades ni capacitación profesional, por ejemplo, para prestar ayuda en las actividades de la vida diaria como el baño, la vestimenta, los alimentos, para acostarse o salir de la cama o sentarse y pararse de una silla, para 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. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Tarifa diaria de costo compartido - Es la tarifa que se aplica cuando el médico receta una cantidad menor que el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos y cuando usted paga el copago. La tarifa diaria de costo compartido es la cantidad de copago dividida entre el número de días de un suministro mensual. Por ejemplo, si el copago del suministro mensual de un medicamento son \$30, y el suministro de mes de su plan estipula que debe ser de 30 días, la "tarifa diaria de costo compartido" será \$1 por día. En otras palabras, usted paga \$1 por cada día de suministro cuando surta su receta.

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 – Es la cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o las recetas primero para que el plan realice los pagos que le corresponden.

Cancelación de la inscripción – Es el proceso por el cual la membresía en el plan termina. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (decisión personal) o involuntaria (no por decisión personal).

Cargo de suministro – Es el cargo que se aplica cada vez que se surte un medicamento cubierto, el cual cubre el costo de surtir una receta. El cargo de suministro, por ejemplo, cubre el tiempo que le toma al farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Persona con elegibilidad doble – Es la persona que cumple los requisitos para recibir cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

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 - Es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento común de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas que requieren cuidado médico inmediato para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidado de emergencia - Son servicios cubiertos, 1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura y Divulgación de información - Es el documento que –junto con el solicitud de inscripción, los anexos, las cláusulas adicionales y la cobertura opcional que haya seleccionado– explica los términos y responsabilidades de la cobertura del plan, los derechos y las responsabilidades de usted como miembro del plan.

Excepción - Es una determinación de cobertura que, de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario), o que le permite obtener medicamento no preferido al nivel de costo compartido de los medicamentos preferidos, que es menor (una excepción de nivel). Usted puede solicitar una excepción, si el patrocinador de su plan le exige que utilice otro medicamento antes de recibir el que usted desea, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (excepción de formulario).

Programa Ayuda Adicional - Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como 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 - Es el tipo de queja que usted puede presentar acerca del plan, de uno de nuestros proveedores o farmacias, de la red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no está relacionado con disputas sobre la cobertura del plan ni el pago de los servicios.

Auxiliar de cuidado de la salud a domicilio - Es una persona que proporciona servicios que no requieren contar con capacitación como terapeuta o enfermera registrada; por ejemplo, proporcionan ayuda con actividades para el cuidado personal (el baño, la vestimenta realizar terapia de ejercicios). Los auxiliares de cuidado de la salud a domicilio no tienen que tener una licencia de enfermería ni proporcionar terapia.

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.

Centro de cuidados paliativos – Es el servicio proporcionado a un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos y que tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Como plan suyo, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si usted elige los servicios de un centro de cuidados paliativos pero continúa pagando las primas, usted seguirá siendo miembro del plan. Usted puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le proporcionará el tratamiento especial que necesita debido a su estado.

Cuidados paliativos – Una forma especial de dar cuidado a pacientes con enfermedades terminales y de proveer asesoramiento a sus familiares. Los cuidados paliativos incluyen el cuidado en sí y el asesoramiento. Los servicios son proporcionados por un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o una compañía privada que han sido certificadas por Medicare. Dependiendo de la situación, este cuidado puede ser proporcionado a 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 acerca de los cuidados paliativos, descargue el folleto Medicare y los Beneficios de Hospicio en www.medicare.gov. O bien, 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 como paciente hospitalizado – Es una estadía en un hospital cuando usted ha sido internado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted sea admitido en el hospital por una noche, es muy probable que se le considere paciente ambulatorio y no paciente hospitalizado.

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.

Etapas 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 \$4,430.

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. Por ejemplo, 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.

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Plan para Personas con Necesidades Especiales que inscribe a personas que cumplen los requisitos y que residen continuamente, o se espera que residan 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); o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales que atiende a los residentes de centros de cuidado a largo plazo que tienen Medicare 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) – Es un plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional fundamentado en una evaluación realizada por el estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de cuidado del estado en cuestión y debe ser administrada por una entidad diferente a la organización que ofrece el plan. Si fuera necesario, para asegurar que los cuidados especializados se proporcionen de manera uniforme, este tipo de plan para personas con necesidades especiales puede restringir la inscripción solamente para personas que residan en un centro de vivienda asistida que tiene contrato con nosotros.

Lista de medicamentos cubiertos o Formulario – Es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos e incluye tanto medicamentos genéricos.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Programa “Ayuda Adicional”.

Cantidad máxima de gastos de su bolsillo – Es la cantidad máxima que usted paga de gastos de su bolsillo durante el año calendario dentro de la red por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. La cantidad que usted paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se contabilizan para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. (Nota: Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, rara vez alguno de ellos alcanza este máximo de gastos de su bolsillo.) Para obtener más información, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4.

Medicaid o asistencia médica – Es un programa conjunto –estatal como federal– que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de

Medicaid varían de un estado a otro, aunque la mayoría de los costos de cuidado médico están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para la información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

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 medicamento aceptada – Es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información.

Medicamento 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 – Es el programa Federal de seguro de la salud para personas que tienen 65 años de edad o más, para ciertas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal crónica que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas afiliadas a Medicare pueden obtener cobertura de salud a través de Medicare Original, de un Programa de Cuidado todo Incluido para ancianos o de un plan Medicare Advantage.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Período establecido cada año 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 es del 1 de enero al 31 de marzo, y 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 o Parte C de Medicare – Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un plan tipo Organización para el Mantenimiento de la Salud, un plan Organización de Proveedores Preferidos, un plan privado de tarifa por servicio, o un plan tipo cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare. Cuando usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través de este plan, y no se recibe el pago de los servicios mediante Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. El plan Cualquier persona que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare cumple los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Costo permitido de Medicare – Precio máximo de un servicio (para fines de reembolso) conforme a 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.

Programa de descuento para la etapa sin cobertura de Medicare – Es un programa que proporciona descuentos (incluidos la mayoría de los medicamentos cubiertos por la Parte D) a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa sin cobertura y que no reciben el programa Ayuda Adicional. Los descuentos se basan en acuerdos alcanzados entre el gobierno Federal y ciertas compañías farmacéuticas. Por esta razón, el gran parte de los medicamentos tienen un descuento, pero no todos.

Servicios cubiertos por Medicare – Son todos los servicios cubiertos por la Parte A y por la Parte B de Medicare. Los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare – Es un plan de salud ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar todos los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas afiliadas a Medicare que también están inscritas en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los programas de demostración o piloto y los programas de cuidado integral para personas mayores.

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 o Seguro complementario de Medicare – Es una póliza de seguro de salud comercializado por compañías de seguros privadas para proporcionar cobertura de los servicios que no proporciona la cobertura de Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con la cobertura Medicare Original. Los planes Medicare Advantage no son pólizas Medigap.

Miembro, miembro de nuestro plan o miembro del plan – Es la persona afiliada a Medicare que cumple los requisitos para obtener los servicios cubiertos del programa, está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Red – Son todos los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros o proveedores de cuidado médico que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Todos ellos aceptan el pago total por sus servicios y el costo compartido correspondiente de parte del plan. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Farmacia de la red – Son las farmacias donde los miembros del plan pueden surtir sus medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas únicamente si se surten en una farmacia que sea parte de nuestra red.

Proveedor de la red – “Proveedor” es el término que usamos generalmente para referirnos a médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, además de hospitales y otros centros de cuidado de la salud, que tienen licencia, o que han sido certificados por Medicare y por el estado, para proporcionar servicios de cuidado de la salud. Les llamamos “**proveedores de la red**” si han acordado con nuestro plan aceptar lo que pagamos como pago total por sus servicios y, en algunos casos, no solo proveer sino también coordinar los servicios que tienen cobertura a los miembros de nuestro plan. El pago de nuestro plan a los proveedores de la red se determina

según los acuerdos que establecimos con ellos o si los proveedores aceptan proveerle a usted los servicios cubiertos por el plan. Otro nombre para referirse a los proveedores de la red es “proveedores del plan”.

Determinación de la organización – Es la determinación –a nivel de organización– del plan Medicare Advantage cuando toma una decisión con respecto a la cobertura de algún servicio o al costo que usted debe pagar por los suministros o los servicios cubiertos. En esta guía, las determinaciones a nivel organización se llaman “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explican los pasos para solicitar una decisión de cobertura.

Medicare Original (“Medicare Tradicional” o “Medicare de Tarifa por Servicio”) – El plan Medicare Original lo ofrece el gobierno, no es un plan de salud privado como, por ejemplo, los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Es el Congreso quien establece el monto de los pagos que realiza Medicare Original para pagar el costo de los servicios de Medicare que proporcionan médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare cubre la parte que le corresponde pagar de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original consiste de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red – Son las farmacias que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayoría de los medicamentos obtenidos en farmacias fuera de la red no están cubiertos por el plan a no ser que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Es un proveedor o centro con el cual no hemos hecho los arreglos necesarios para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad ni son operados por nuestro plan, ni tampoco tienen una obligación contractual para proporcionar a usted servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de esta guía se explica el uso de proveedores o centros fuera de la red.

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.

Programa de cuidado todo incluido para ancianos (PACE) – Es un plan que combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo para ayudar a personas vulnerables a que se mantengan independientes y vivan en la comunidad el mayor tiempo posible, en lugar de hacerlo en un asilo de convalecencia, a la vez que reciben los cuidados médicos de alta calidad que necesitan. Este plan proporciona a sus miembros los beneficios de Medicare y de Medicaid. El programa de cuidado todo incluido para ancianos no está disponible en todos los estados, si desea esta información, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la cubierta de esta guía).

La Parte C – Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario. (Al programa se le conoce también simplemente como la Parte D.)

Medicamentos de la Parte D – Son los medicamentos que tienen cobertura de la Parte D de

Medicare. El plan posiblemente incluya la totalidad o solo una parte de los medicamentos de la Parte D. Consulte el formulario del plan que tiene la lista específica de los medicamentos cubiertos. Ciertas categorías de medicamentos han sido específicamente excluidas por el Congreso, por lo tanto, no tienen cobertura como 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, como mínimo, la cobertura pague, 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. Usted paga esta cantidad adicional mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

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.

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. Se encarga de que usted reciba el cuidado médico que necesita para mantener un buen estado de salud. Si es necesario, este proveedor hablará acerca de su caso con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud y le referirá a ellos. Con muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro médico. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los Proveedores de Cuidado Primario.

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 que puedan o no estar en nuestra lista de medicamentos (formulario), 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.

Prótesis y ortopedia – Son los dispositivos médicos solicitados por el médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, abrazaderas para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y los dispositivos necesarios para reemplazar una función corporal o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamientos de nutrición enteral y parenteral.

Proveedores – Son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a quienes el estado ha certificado para que proporcionen cuidado y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye a hospitales y otros centros de cuidado médico.

Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Es un grupo de médicos en ejercicio de su profesión y de otros expertos en cuidado médico que

reciben remuneración del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para la información sobre cómo comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado.

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 – es la zona geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros en caso de que el plan limite la membresía de acuerdo con el lugar de residencia del miembro. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que se puede utilizar, esta zona, por lo general, también es donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Cuidado en un centro de enfermería especializada - Es el cuidado de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación provistos a diario y continuamente en un centro de enfermería especializada. La fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser aplicadas por un médico o una enfermera titulada son ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada.

Plan para personas con necesidades especiales – Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidados médicos con un enfoque mayor en grupos específicos de personas, como aquellos afiliados tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

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 Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados, a quienes son discapacitados, están ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de este programa son distintos a los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos de urgencia – Es el cuidado prestado para tratar una enfermedad, lesión o condición médica no prevista, que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red; también pueden ser prestados por proveedores fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles por el momento.

UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 2 (HMO D-SNP)

Servicio al Cliente:



Llame al **1-844-368-7149**

Las llamadas a este número son gratis, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. 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, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.



Escriba a **P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770



www.myuhc.com/CommunityPlan

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento 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.

UHNE22HM4997032_000